

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 janvier 1900, à 1 heure

Par CAMILLE BRISARD

Né à Courgeon (Orne), le 19 août 1873

L A

MÉRALGIE PARESTHÉSIQUE

(NÉVRALGIE DU FÉMORO-CUTANÉ)

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM. BRISSAUD, professeur.

MAUCLAIRE,

GILLES DE LA TOURETTE, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 janvier 1900, à 1 heure

Par CAMILLE BRISARD

Né à Courgeon (Orne), le 19 août 1873

L A

MÉRALGIE PARESTHÉSIQUE

(NÉVRALGIE DU FÉMORO-CUTANÉ)

*Président : M. JOFFROY, professeur.**Juges : MM. BRISSAUD, professeur.*

MAUCLAIRE,

GILLES DE LA TOURETTE, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

C'est sur l'inspiration de M. le D^r Florand que nous avons choisi comme sujet de notre thèse : *La mèralgie paresthésique*. Qu'il nous permette de lui adresser tous nos remerciements pour sa bienveillance à notre égard ;

Car nous considérons comme notre devoir, facile parce qu'agréable à remplir, d'adresser aujourd'hui à tous les maîtres qui depuis nos débuts, nous ont guidé dans nos études médicales, l'hommage de notre profonde gratitude :

A MM. les D^{rs} Merklen et Gilbert, dont nous suivîmes, à l'hôpital Laënnec et à l'hôpital Broussais, les leçons de clinique médicale ; à MM. les professeurs Guyon et Grancher, qui nous enseignèrent, l'un la pathologie des voies urinaires, l'autre, la pathologie infantile ; à M. le D^r Gouraud, dont nous avons été l'élève à la Charité pendant notre première année d'externat.

Avec M. le D^r Doléris comme maître à l'hôpital Boucicaut, nous avons étudié l'art délicat des accouchements ; nous le remercions sincèrement de ses utiles leçons.

A l'hôpital Saint-Louis, externe de M. le D^r Richelot, nous avons beaucoup appris en chirurgie générale et en gynécologie ; qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

C'est dans le service de M. le D^r Duguët, à l'hôpital Lariboisière, que nous avons terminé notre externat. Nous avons pu apprécier la haute valeur de ses leçons cliniques, dont nous garderons un précieux et utile souvenir : toute notre gratitude lui est acquise.

Nous prions M. le professeur Joffroy d'agréer notre hommage reconnaissant pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie et physiologie du nerf fémoro-cutané.

Il nous a semblé utile, avant de commencer l'étude de la meralgie paresthésique, de rappeler ici l'origine et la distribution du nerf lésé, de façon à ce qu'on puisse plus facilement se faire une idée des troubles occasionnés par l'affection dont il s'agit :

Le fémoro-cutané se détache d'ordinaire de la branche antérieure de la deuxième paire lombaire ; il a parfois deux racines distinctes ; son diamètre moyen, d'après Luschka, est de deux millimètres. Son trajet et ses rapports sont particulièrement intéressants à étudier, parce qu'ils peuvent éclairer jusqu'à un certain point la pathogénie de la maladie.

Il traverse obliquement la partie postérieure du psoas, passe en diagonale sur la partie inférieure et interne du carré des lombes, et arrive ainsi dans la fosse iliaque, qu'il traverse vers son tiers supérieur d'arrière en avant, et de haut en bas, se dirigeant vers l'épine iliaque antéro-supérieure.

Dans la partie externe de ce parcours, il est contenu dans un dédoublement de la gaine du muscle iliaque, et est recouvert par le feuillet pariétal du péritoine. Dans la partie interne de la fosse iliaque, il répond du côté droit à l'iléon et au cæcum, du côté gauche, à l'S iliaque (Poirier). D'après Roth, le nerf est très librement situé à la face interne du muscle iliaque, même très légèrement flexueux, et mobile jusqu'à ses ramifications. Pour Dopter il existe, par contre, des cas où il l'est très peu, au point de devenir presque tendu.

Il sort du bassin par l'échancrure innommée, à un centimètre environ en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, décrivant une courbe assez prononcée à son changement de direction. A ce niveau, il s'aplatit, puis se loge

dans un dédoublement de l'aponévrose fémorale qui lui forme ainsi un canal fibreux, en avant et un peu en dedans du cou-turier.

A deux ou trois centimètres au-dessous de l'échancrure in-nominée, une première branche se sépare du nerf, perfore l'aponévrose et devient sous-cutanée. C'est sa branche fess-ière : elle contourne le tenseur du fascia lata, et se dirigeant vers le grand trochanter, s'épuise dans la région supéro-ex-terne de la fesse. Cette branche peut manquer, elle est alors suppléée par le rameau cutané fessier du nerf grand abdomino-génital.

Un peu plus bas, trois ou quatre centimètres au-dessous, le nerf se partage en ses deux branches fémorales, l'une in-terne, l'autre externe. La première perfore immédiatement l'aponévrose et se répand en filets cutanés à la surface anté-rieure et externe de la cuisse, arrivant en bas jusqu'au-dessus du condyle externe et en arrière jusqu'à l'union du tiers ex-terne avec le tiers moyen de la face postérieure de la cuisse. La seconde branche, interne, reste contenue dans sa gaine aponévrotique jusque vers le milieu de la cuisse, où elle de-vient sous-cutanée, et se sépare en deux rameaux secondaires dont l'un s'unit avec les filets de la branche externe, tandis que l'autre se dirige en avant et en dedans suivant le bord externe du muscle droit antérieur, atteint la partie supérieure de la rotule, et s'épuise en s'anastomosant au niveau du ge-nou avec les filets terminaux du musculo-cutané externe, branche du nerf crural.

La région ainsi innervée ressemble assez exactement à *une raquette à manche supérieur* : c'est un ovale à grand axe vertical, la partie supérieure répondant à l'émergence du nerf, et empiétant un peu sur la fesse, la partie inférieure effleu-rant le genou, limité antérieurement au milieu de la cuisse, et s'étendant en arrière jusque près du nerf sciatique.

Le nerf fémoro-cutané est *exclusivement sensitif*.

CHAPITRE II

Étude de la maladie.

§ 1. — Définition et historique.

La mèralgie paresthésique est une névralgie du nerf fémo-ro-cutané, caractérisée par *des douleurs* de types divers, spontanées ou provoquées, et par *une anesthésie* spéciale siègeant dans la zone innervée par ce nerf.

Deux médecins, le professeur Roth, de Moscou, et le professeur Bernhardt, de Berlin, signalèrent à peu près en même temps pour la première fois cette affection, et il est assez difficile de dire auquel des deux appartient la priorité : celui-ci décrivit le syndrome nerveux qui caractérise la maladie en question le 15 mars 1895 ; mais, dit-il, « mon travail était envoyé depuis plusieurs semaines au directeur du journal, le professeur Mendel, et contenait des observations que j'avais prises depuis plusieurs années ». A ce syndrome, il donnait le nom de « paresthésie du nerf fémoral cutané externe » et le décrivait sous ce nom dans le *Traité de pathologie et de thérapeutique* de Nothnagel, paru à Vienne en mars 1895. Or, le professeur Roth, le 1^{er} avril de la même année, dans une séance de la Société médico-physique de Moscou, faisait une communication sur « quinze cas d'une affection nerveuse périphérique intéressante par son individualité et par sa localisation constante au fémo-ro-cutané ». Et il décrivait l'affection comme une entité morbide, au point de vue nosologique, étiologique, etc. et un peu plus tard, il la baptisait du nom de mèralgie (*μῆρος*, cuisse, *αλγὸς* douleur). Nous n'essaierons pas de trancher cette question de priorité, qui d'ailleurs n'a qu'une importance relative. Pour nous, dans notre étude, nous désignerons la maladie sous le nom de « mèralgie paresthésique » trouvant dans ce nom même un résumé et une

définition : douleur, anesthésie siégeant à la cuisse, ou : anesthésie douloureuse de la cuisse.

La mèralgie est relativement fréquente, et depuis qu'elle est connue, on en a trouvé et rapporté de nombreux cas ; si l'on n'en parlait pas auparavant, c'est que d'abord elle n'était pas décrite comme maladie spéciale, et ensuite qu'on faisait à son sujet des erreurs de diagnostic. Elle est peut-être encore plus fréquente qu'on ne le pense, mais cette affection n'étant pas d'un pronostic grave, il n'y a guère que les gens de condition assez élevée qui soient amenés à consulter leur médecin à son sujet. Pour la même cause peut-être, on ne la trouve pas décrite dans les traités de pathologie nerveuse, et pourtant, dans certains cas, on le verra par les observations rapportées, la douleur a été assez forte pour empêcher les sujets de se livrer à leur travail, et leur faire solliciter l'intervention chirurgicale.

Depuis les travaux de Roth et de Bernhardt, nombre de publications sur le même sujet ont paru, parmi lesquelles nous signalerons celles de Noecke, Freud, Devic, J. Lucas-Championnière, Bellot de Niort, Escat de Toulouse, plusieurs d'entre eux rapportant leur observation personnelle, Dopter (thèse de Lyon, 1896), puis Destot, Knauer, Pitres, Good, Shaw, Nacke, Ingelrans, et plusieurs autres ; plus récemment, une revue historique, de « Sabrazès et Cabannes, de Bordeaux ». Enfin ont paru en dernier lieu les communications de MM. les docteurs Joncheray d'Angers (1898), Claisse, puis Souques, de Paris (1898 et 1899).

§ 2. — Symptomatologie.

La mèralgie fait ordinairement son apparition sans qu'un symptôme quelconque ait averti le malade : pas de fatigue, pas de faiblesse dans le membre inférieur venant éveiller l'attention immédiatement avant le début de la maladie. Entre un coup, une chute, que l'on invoquera plus tard comme étiologie, et le début proprement dit, il se sera ordinairement écoulé au moins quelques jours.

La partie atteinte est toujours exclusivement, soit totale-

ment, soit partiellement, celle innervée par le fémoro-cutané. Deux observations, celles du Dr Escat et du Dr Joncheray, indiquent comme également atteinte une zone interne, innervée par une branche du crural : on en trouve l'explication probable dans les anastomoses entre les rameaux terminaux du fémoro-cutané et du musculo-cutané externe, ou encore dans une névralgie crurale concomitante. Mais la mèralgie pure n'intéresse pas le nerf crural.

Particularité plus inattendue : la branche fessière du nerf malade est presque toujours épargnée : quatre exceptions seulement existent à cette règle dans les 94 observations que nous avons réunies, et encore dans ces cas la branche fessière n'était-elle que légèrement atteinte. On peut donc poser comme une règle que cette branche est ordinairement indemne.

Une autre règle, moins rigoureuse celle-ci, est l'unilatéralité : dans 86 cas sur 94, nous avons trouvé un seul membre atteint, soit à gauche, soit à droite. Dans deux cas seulement (cas de Destot, cas de Joncheray) on a trouvé un peu d'atrophie du membre ; mais, dans ce dernier, en particulier, il y avait amyotrophie généralisée. Dans aucun autre cas il n'en existait, pas plus d'ailleurs que de troubles de la motilité, ce qui se comprend, le nerf étant exclusivement cutané. Si le membre plusieurs fois était impotent, c'est que la douleur était en cause, mais la musculature était saine. Trois fois aussi, et c'est tout, on a remarqué des troubles trophiques secondaires : dans un cas de Roth (obs. 6) « la surface cutanée répondant à la plaque est lisse, brillante, dépourvue de follicules pileux ; au bain elle se distingue par sa pâleur de la peau environnante ». Dans le cas de Lop (obs. 87) « la peau du tiers inférieur de la cuisse était rouge, violacée, chaude, raidie ». Dans le cas de Joncheray (obs. 82) « l'épiderme semblait affaissé, lisse, comme tanné ; la température de la peau était diminuée très sensiblement. Au niveau du point douloureux, on constatait une nodosité dermique, variant du volume d'un pois à celui d'une noisette ».

Enfin la mèralgie n'a pas de retentissement sur l'organisme. Ce qui est atteint parfois, c'est le moral du malade, redoutant

un début de maladie médullaire, ce à quoi le médecin porte remède facilement, mais le physique est indemne. Et si, coexistant avec la névralgie fémoro-cutanée, nous trouvons ici les lésions de l'arthritisme, là celles de la syphilis, ailleurs les ravages de l'alcoolisme, ou encore : maladies générales aiguës, maladies nerveuses concomitantes, lésions des organes des sens, troubles des réflexes, il faut évidemment les considérer non comme des conséquences, mais plutôt probablement comme des causes, ce sur quoi nous reviendrons en étudiant la pathogénie. Toujours elles existaient avant la mèralgie, ce n'est pas elle qui les a fait éclore.

Nous avons donc comme premiers signes :

- 1° Troubles dans la zone innervée exclusivement par le fémoro-cutané ;
- 2° Immunité ordinaire de la branche fessière ;
- 3° Unilatéralité dans la majorité des cas ;
- 4° Pas d'atrophies musculaires ni de troubles de la motilité ;
- 5° Pas de retentissement sur l'organisme.

Mais à côté de ces signes et bien plus importants qu'eux, nous avons les trois suivants, qui sont les signes cardinaux de la maladie :

- a) Paresthésie ;
- b) Anesthésie ;
- c) Douleur.

a) **Paresthésie.** — La paresthésie est ordinairement le premier symptôme, ou du moins c'est elle qui attire tout d'abord l'attention du malade. Peut-être l'anesthésie est-elle contemporaine, toujours est-il que la plupart du temps, elle n'est remarquée que secondairement.

La paresthésie peut revêtir plusieurs formes ; la plus fréquente est l'*engourdissement*. Elle est constante, et on la retrouve dans tous les cas, siégeant le plus souvent vers la partie moyenne antéro-externe de la cuisse, en un point limité d'abord, et plus ou moins large, plus ou moins régulier comme forme, arrondi ou ovalaire, qui pourra s'étendre ensuite jusqu'à couvrir toute la zone innervée : « elle fait tache d'huile » (Dopter) ; mais le maximum de l'engourdissement est toujours au point initial. Elle peut se présenter sous la forme

de *fourmillements* qui, légers et supportables au début, augmentent peu à peu en étendue et en intensité, de *picotements* revêtant les mêmes caractères ; de *frémissements et d'agacements* (obs. 89, Souques).

Trois fois : dans une observation de Roth, dans celle de Destot et dans celle d'Ingelrans, on a remarqué une sensation de froid spéciale, de *cryesthésie*. Cette sensation est donc assez rare, moins toutefois que celle éprouvée et rapportée par Nœcke et Escat, laquelle consistait « en un *étirement*, une sorte de raccourcissement apparent des muscles, comme s'ils se rétractaient ou que les aponévroses fussent anormalement tendues ».

Ces divers troubles, tout en préoccupant le malade, ne sont que peu ou pas douloureux et ne l'empêchent pas de vaquer à ses affaires. Aussi a-t-on rarement l'occasion de les voir à l'état d'isolement. Si toutefois on examinait les malades à ce moment, on découvrirait, existant avec la paresthésie, le second symptôme : l'anesthésie.

b) **Anesthésie.** — Cette anesthésie se surajoute en effet dans tous les cas observés, et elle se surajoute en se superposant : c'est-à-dire qu'à la plaque d'engourdissement correspond une plaque d'anesthésie de même dimension ou à peu près, pouvant la déborder, mais rarement plus petite. D'après Roth, elle serait plus accentuée dans la station debout.

L'anesthésie est *subjective* ou *objective*, les deux existant presque toujours en même temps.

Subjective : Celle-ci peut manquer, mais elle est relatée dans nombre d'observations, et doit exister bien souvent. Les sensations accusées par les malades sont variables : en promenant la main sur sa cuisse droite, Nœcke avait la sensation d'une peau morte, ou doublée d'une peau étrangère vivante, ou d'une peau recouverte de fourrure de coton ou de duvet. Freud a les mêmes sensations, mais surtout pendant la marche. Le malade de M. Devic éprouvait, après une fatigue, dans la région antéro-externe de la cuisse, une sensation analogue à celle qu'aurait produite son pantalon mouillé, adhérant à la peau, bien qu'il n'existât en ce point aucune modification de la sécrétion sudorale. Un autre, dont le cas

est rapporté par M. Dopter, rapprochait son impression de celle qu'il ressentait en touchant une pomme reinette. Le Dr Escat et plusieurs autres malades avaient la sensation d'une lame de carton interposée entre la peau et le doigt qui la touche ; c'était, dit Escat, une anesthésie comparable à celle obtenue par une injection hypodermique de cocaïne. La sensation de fourrure interposée se retrouve chez deux malades de M. Knauer ; chez un autre, existait une sensation « d'écorché, comme si on lui avait enlevé des chairs de la cuisse », celle-ci remplacée parfois par une sensation « d'éponge » appliquée vers le milieu externe de la cuisse. Chez un troisième, la sensation est comparée à celle que produirait sur le membre malade le frottement d'une brosse en fil de fer pointu. Dans une observation rapportée par M. Koster, il semblait au malade qu'un morceau de bois dur était plaqué sur sa peau. Chez divers autres enfin, on a relevé des sensations de peau épaisse, de peau morte, recouverte de plume, d'étoffe interposée, de peau raccornie par la chaleur, de peau en parchemin, d'emplâtre, de plaque chaude appliquée sur la région malade.

Objective. — Il est difficile ici de poser des règles générales : on peut en effet trouver, au point de vue des divers modes de réaction, tous les degrés possibles : chez certains malades, on observe une diminution, chez d'autres, moins nombreux, une exagération de tous les modes (1). Comme d'ailleurs on a tous les degrés intermédiaires, avec exagération d'un côté, diminution de l'autre, réaction normale chez un même sujet, nous nous contenterons de dire ce que l'on trouve le plus souvent comme réaction pour chaque mode en prenant successivement les sensibilités :

Au contact ;

Au frottement ;

(1) Le mot « anesthésie » dans ce dernier cas est employé à tort, puisqu'il s'agit d'exagération dans la sensibilité, c'est-à-dire de douleur. Nous ferons quand même rentrer ces cas exceptionnels dans notre cadre, parce qu'ils en relèvent par ailleurs, et puisqu'il s'agit quand même d'une modification *esthétique*, d'une modification dans la réaction normale, et qu'en somme ils sont la minorité, l'exception.

A la pression ;
Au pincement ;
A la piquûre ;
A la température ;
A l'électricité.

Au contact. — La sensibilité n'est jamais abolie, mais elle est en général émoussée : il y a diminution dans la sensation, hypoesthésie, facile à constater si on compare avec le côté sain. Il y a du retard des impressions tactiles, et l'esthésiomètre donne une différence en faveur du côté sain. Parfois la sensation de contact a subi une véritable perversion : chez Escat, en traînant très légèrement la pointe d'un crayon en dehors de la plaque d'anesthésie, sur la ligne tracée apparaissait, peu après le contact, un fourmillement qui persistait deux ou trois secondes après lui. Le contact large et fort est mieux supporté que l'effleurement, et le frottement d'une pipe, ballottant dans la poche (cas de Destot), déterminait une sensation douloureuse ; l'hyperesthésie au contact (cas de Luzenberger) est très rare.

Au frottement. — Par contre il y a presque toujours hyperesthésie au frottement, lequel peut être extrêmement douloureux : dans ce même cas de Luzenberger, que nous venons de citer, les frottements produits par les draps de lit, ou par le pantalon, à l'occasion des mouvements, déterminent comme un pincement diffus de toute la région. Toutefois, chez un des malades observés par Pitres, le frottement vigoureux de la cuisse lésée faisait disparaître les douleurs meralgiques.

A la pression. — La pression est peu sentie, et la plupart du temps ne détermine aucune douleur ; dans quelques observations seulement, elle produisait de la souffrance si on pressait le nerf au niveau de son émergence, au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure.

La pression digitale du centre de la plaque paresthésique, chez un malade de M. Verhoogen, était des plus pénibles et occasionnait un accès douloureux.

Au pincement. — Les pincements superficiels ou profonds sont perçus, mais moins nettement que du côté sain. Les

plissements sont au contraire mieux sentis et déterminent même très souvent une forte douleur ; dans le cas d'Escat, le plissement simple de la peau entre le pouce et l'index éveillait une souffrance insupportable.

A la piqûre. — La sensibilité à la piqûre est diminuée si la piqûre est faible, augmentée dans le cas contraire : dans l'observation personnelle de Freud, les piqûres sont perçues avec plus d'acuité et déterminent une sensation de brûlure. De même pour Escat, chez qui la piqûre forte d'une aiguille provoquait une douleur beaucoup plus vive du côté malade que du côté opposé. Chez le malade de Destot également. Elle provoquait une sensation de forte brûlure dans le cas de Luzenberger. Dans un cas de Dopter, la piqûre par contre ne pouvait être discernée du simple frottement. Un malade de Roth la ressentait atténuée « comme si elle avait été faite à travers une membrane ».

A la température. — En général, les différences de température sont moins bien perçues du côté malade que du côté sain, et une différence de trois degrés peut ne pas être sensible. Mais la sensibilité surtout à la chaleur est moindre. Exceptionnellement la sensibilité thermique n'est pas modifiée (Devic), ou est absolument abolie (Dopter). Dans le cas de Destot, la chaleur et le froid déterminaient une sensation douloureuse.

Le Dr Rapin (de Genève) a observé un fait intéressant : chez un malade, le froid qui provoquait la chair de poule sur tout le reste du corps, ne produisait pas ce phénomène dans toute la zone du nerf fémoro-cutané (Dopter).

Un fait analogue existe pour la chaleur dans un cas de Roth, où toute la zone paresthésiée restait pâle dans un bain chaud, tout le reste du corps étant rouge.

A l'électricité. — L'exploration électrique des muscles de la cuisse a toujours donné des résultats normaux, ce qui se comprend puisqu'ils ne sont pas atteints par la maladie. L'excitabilité électrique des nerfs est aussi ordinairement conservée.

Il ressortirait des expériences de M. Dopter, lequel a recherché avec soin les réactions électriques chez un de ses malades,

que les résultats sont variables selon que l'on examine le malade *au repos ou après une fatigue*.

Au repos, la sensibilité est augmentée ; *après une fatigue*, elle est diminuée, à moins que l'on n'emploie un courant maximum : « *au repos*, le pôle positif étant appliqué sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, le pôle négatif plus bas sur la cuisse, au moment du passage du courant, le malade ressentait comme une brûlure cuisante ou encore la sensation d'une peau morte. Le pinceau électrique provoquait de vraies douleurs, une piqûre brûlante. *Après une fatigue*, l'expérience étant faite avec un courant minimum, le malade n'éprouvait aucune sensation au pôle positif, dont l'effet était perçu du côté sain ; avec un courant maximum le malade accusait au pôle positif une hyperesthésie douloureuse avec chaleur exagérée (Dopter) ». Mais on ne saurait poser ceci en règle générale, car dans un cas rapporté par Koster, où la sensibilité était diminuée dans tous les modes, l'attouchement d'un pinceau électrique n'était point ressenti sur la zone paresthésiée, et dans le cas de Joncheray, il n'existait aucune modification de la sensibilité farado-cutanée.

c) **Douleur.** — « La paresthésie est le fond commun sur lequel viennent se greffer les accès douloureux » (Sabrazès).

En effet la *paresthésie et l'anesthésie* ont comme caractère la *permanence* : le malade, à tout moment, a la sensation de son engourdissement, et si on explore la région, on y retrouve toujours les troubles esthésiques que nous venons d'énumérer.

Il en est tout autrement du dernier symptôme, la *douleur* : son caractère, à lui, est *l'intermittence*.

La douleur est plus ou moins violente : souvent supportable au début, c'est elle qui, en s'accroissant, détermine le malade à se présenter à la consultation : elle a comme caractères de n'apparaître jamais lorsque le malade est *au repos, dans la station assise ou couchée*, et de se produire exclusivement *lorsqu'il marche ou reste debout, immobile*.

C'est ordinairement en effet au bout d'une marche plus ou moins longue, et parfois très courte (300 mètres, plusieurs kilomètres), que la douleur mèralgique fait son apparition.

Elle se montre tout d'abord dans un point peu étendu, bien localisé, pour augmenter peu à peu, graduellement, si l'individu continue sa marche, en étendue et en intensité. Cette intensité n'a rien de fixe, et la douleur peut rester supportable. Dans le cas contraire, toujours plus intense au point où elle a débuté, elle devient intolérable : elle arrache des pleurs à la malade dans le cas du Dr Souques ; cette même malade à certains moments souffre tellement qu'elle se trouve mal à plusieurs reprises. Dans un cas du Dr Chipault, la patiente, ménagère forcée de travailler pour gagner sa vie, ne peut marcher qu'appuyée sur deux béquilles. Un autre de ses malades, jardinier, est forcé d'abandonner son travail, parce qu'au premier coup de bêche, les douleurs devenaient intolérables. Chez le capitaine de vaisseau soigné par le Dr Lop, les douleurs étaient si aiguës qu'elles lui arrachaient des cris, frappant le membre d'incapacité absolue, et privant le patient d'appétit et de sommeil. Dans tous les cas à peu près la souffrance est toujours assez forte pour déterminer de la claudication, quand elle ne force pas le malade à s'arrêter, ce qu'elle fait la plupart du temps « de sorte que celui-ci, à l'apogée de la maladie, devient infirme » (Roth).

Nous avons dit qu'une marche *courte* était suffisante pour déterminer l'apparition des douleurs. Ajoutons qu'une marche *lente* est *favorable* à leur apparition. C'est en marchant à *petits pas*, en suivant un convoi funèbre par exemple que la douleur se montre. Cette lenteur dans la marche, ce *piétinement* peuvent être *même nécessaires* à l'apparition des phénomènes douloureux, qui ne se produisent pas, ou bien rarement, dans une marche rapide, dans la course.

La douleur mèralgique apparaît aussi, nous l'avons dit, *dans la station debout*, immobile, au bout d'un temps de station plus ou moins long, dix minutes, un quart d'heure : immobilité du soldat sous les armes, immobilité dans une assemblée, dans une église.

Quel est le *caractère* de cette douleur ? *Il n'est pas un, il est variable avec les sujets et le même sujet* ; tantôt c'est une sensation de douleur térébrante, de piqure, de coups d'épingle, de coups de couteau enfoncés perpendiculairement dans

la cuisse, tantôt c'est une sensation de brûlure, de brûlure d'un fer rouge, de cuisson, de pincement. Rarement la douleur a le caractère fulgurant des douleurs tabétiques. On l'a trouvée peut-être, mais dans des cas qui depuis ont été reconnus comme des débuts d'ataxie.

Dans une seule observation rapportée par Venturi, et dans laquelle d'ailleurs la maladie consistait uniquement dans la sensation de froid, cette sensation n'apparaissait que dans la position assise, pour disparaître aussitôt que le malade était debout.

Durée : La douleur dure plus ou moins longtemps après son apparition, selon que le patient prolonge plus ou moins la cause qui lui a donné naissance. Ordinairement elle cesse en même temps que cette cause ou peu après. Le malade dont la souffrance a été provoquée par la marche s'arrête-t-il, le fait même de l'arrêt calme la douleur. Mais parfois il est forcé de s'asseoir, et s'il restait debout, la douleur persisterait. Si celle-ci a été provoquée par la station debout dans l'immobilité, le malade la fait disparaître soit en marchant rapidement (2 cas) soit plutôt en s'asseyant. Le décubitus *horizontal* c'est-à-dire la jambe étendue, suffit aussi la plupart du temps, *mais non constamment*, à calmer la souffrance.

D'ailleurs les malades font eux-mêmes jusqu'à un certain point leur éducation curative par l'expérience. Tel malade qui debout depuis un certain temps, s'aperçoit que la douleur apparaît dans le membre malade, s'appuie uniquement sur le membre sain, et *fléchissant l'autre*, lui cherche un point d'appui où il le laisse reposer. Tel autre qui ne ressent des douleurs qu'en marchant s'arrête à temps, s'assied, puis reprend sa route, pour s'arrêter à nouveau un peu plus loin, quand les douleurs, signes précurseurs de la crise, commencent à réapparaître. Souvent même les malades ont des moyens plus spéciaux : l'un, celui de Sabrazès et Cabannes, pour faire cesser la crise, « use d'un ingénieux stratagème : il s'arrête 20 à 30 secondes, pendant lesquelles il imprime à son membre inférieur de rapides mouvements de flexion ; ces secousses brèves et énergiques arrêtent les douleurs et permettent de nouveau la marche ». Un autre les fait cesser en mar-

chant à petits pas. Un des malades du Dr Chipault « prend sa jambe au niveau du mollet, et la soulève en fléchissant la cuisse : pendant cette manœuvre, il évite avec le plus grand soin de toucher la partie antéro-externe de la cuisse, dont le contact provoque une sensation de fourmillement absolument intolérable ». Dans un cas exceptionnel, le quatorzième de ceux publiés par Roth, la douleur, qui se produisait dans la station assise, disparaissait pendant la marche et surtout la marche prolongée. Dans une observation de Venturi, le malade dont nous avons déjà parlé, faisait passer la sensation du froid, ou la prévenait, en s'entourant la cuisse d'un foulard en été, de drap épais en hiver.

Mais ordinairement la crise disparaît aussitôt que le malade prend du repos dans la position assise, c'est-à-dire la *cuisse fléchie sur le bassin*. Cette position est à remarquer, et nous y reviendrons dans la pathogénie ; une nouvelle crise, si elle a lieu, sera calmée de la même façon. A la suite de la crise, le malade s'étant reposé, toute douleur disparaît le plus souvent ; parfois cependant, il persiste pour un certain temps, une demi-heure au plus, une sensation douloureuse. Dans un cas du Dr Souques, les accès étaient subintrants et n'étaient calmés que par le repos absolu, la malade assise ou couchée. Dès qu'elle se remettait debout, les accès reparaissaient, s'imbriquant pour ainsi dire, de sorte que la douleur devenait permanente. Le même fait est signalé dans une observation du Dr Féré.

La position couchée, les jambes étendues, ne suffit pas toujours, et on le remarquera aussi au point de vue pathogénique, à procurer le soulagement ; la douleur dans cette position, bien qu'atténuée, peut persister.

Apparaissant presque toujours dans les circonstances que nous venons de décrire, les douleurs peuvent toutefois être provoquées, dans certains cas, mais non dans tous : la *pression* ne produit souvent aucune souffrance ; on a cherché à amener de la douleur en comprimant le fémoro-cutané au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure ; sauf dans 3 cas, on a toujours échoué, peut-être, comme le dit Roth, parce que le nerf est protégé à ce niveau par l'arcade de Fallope et par une

couche de tissu cellulo-adipeux plus ou moins épaisse.

Pour le *contact*, pour la *piqûre*, nous l'avons dit déjà, il y a plutôt anesthésie ; le *plissement* de la peau détermine ordinairement une forte douleur, mais qui cesse en même temps que l'action qui l'a fait naître. Les *actions électriques* sont aussi trop spéciales et trop inconstantes pour être typiques. Le *frôlement* paraît plus apte à ramener les douleurs méralgiques : c'est du moins ce que tendent à prouver les cas rapportés par Bernhardt d'officiers forcés par la douleur à abandonner le port du sabre frôlant la cuisse.

Mais ce qu'en somme, il faut surtout retenir dans le symptôme douleur, c'est que celle-ci apparaît à l'occasion de la marche lente ou de la station debout, qu'elle est rarement provoquée par une marche rapide ou même un exercice tel que celui de la bicyclette, et qu'elle est calmée par la position assise, c'est-à-dire par la flexion du membre inférieur.

§ 3. — Étiologie.

Les causes de la méralgie peuvent être rangées, comme celles de presque toutes les maladies, en causes *prédisposantes* et causes *déterminantes*. Parmi les causes prédisposantes possibles nous n'en trouvons que deux paraissant réellement agir de manière effective : l'*âge* et le *sexe*.

C'est dans l'âge adulte que les malades sont presque tous atteints, entre 30 et 60 ans. Le plus âgé de ceux que l'on a observés est un malade de Koster âgé de 64 ans. Les plus jeunes sont un écolier âgé de 16 ans seulement et une femme chez qui les douleurs apparurent à l'âge de 14 ans. Toutefois un malade de Dopter (obs. 51) paraît avoir eu ses premières atteintes dès l'âge de 10 ans.

Le sexe masculin est frappé beaucoup plus fréquemment : sur les 94 cas que nous rapportons, il y en a seulement 18 ayant trait à des femmes.

Les deux côtés sont atteints aussi souvent l'un que l'autre : nous relevons 38 cas pour le membre droit, 35 pour le gauche ; dans les autres on n'indiquait pas le côté lésé.

Quant à la profession, elle n'a pas non plus, à notre avis,

une grosse influence : les médecins, au nombre de 11, viennent en première ligne, mais peut-être est-ce tout simplement, comme le dit Sabrazès, « parce qu'ils sont meilleurs observateurs d'eux-mêmes que la plupart des autres malades peu habitués à analyser leurs sensations ». Ce qu'il faut cependant remarquer, c'est que les professions atteintes sont de préférence celles qui exigent ou de longues marches, ou une station debout prolongée : médecins restant longtemps au lit de leurs malades, montant des escaliers, marchant beaucoup à pied ; officiers ou soldats se livrant à de grandes marches ou forcés de garder longtemps une même position dans l'immobilité ; capitaine de vaisseau, gardien de musée, presque toujours debout, ou marchant à petits pas ; fondeur, serrurier, forgeron, tonnelier, boulanger, menuisier, employé de commerce, domestique, journalière...

A côté de cela, il faut bien dire que nous trouvons nombre de professions où les mêmes circonstances font défaut : négociant, pharmacien, juge d'instruction, ingénieur, avocat, graveur, notaire, professeur, bureaucrate, couturière...

Les causes *déterminantes* sont *d'origine externe ou d'origine interne*.

Parmi les *premières* nous trouvons :

1^o Le traumatisme ;

2^o La compression ;

3^o Le froid ;

1^o Le *traumatisme* se produit sous des formes différentes : souvent c'est un choc, un coup porté directement sur la cuisse : ou c'est une chute dans un escalier, une chute de voiture, de bicyclette, de cheval, un tamponnement par un tramway, ou bien un faux pas, ne retentissant même pas directement sur la région fémorale, un heurt dans l'angle d'un meuble, un pincement violent. Ou encore c'est à la suite d'un grand effort musculaire : pendant une course rapide après un gibier démonté, que la première douleur apparaît. Le traumatisme se montre sous forme de *frottement* : chez un tonnelier, où l'on retrouve comme étiologie un frottement produit par les fûts glissant sur la cuisse ; chez une domestique dont le panier frotte sur la hanche pendant la marche ;

chez un autre malade, il faut incriminer la *pression continue* causée par des fardeaux portés sous le bras droit et s'appuyant à la partie externe de la cuisse. Un malade du Dr Chipault a vu sa mèralgie apparaître après avoir porté, assis dans une voiture, un paquet lourd sur la cuisse.

2° *La compression*.— La compression n'est en somme qu'un traumatisme, *lent, chronique*, et qui agit sinon par sa violence, au moins par sa constance, d'autant plus qu'il augmente souvent graduellement d'intensité. Lui aussi se présente sous des formes diverses : c'est la simple pression de la ceinture du pantalon qui dans un cas agit et détermine le début des douleurs, c'est la compression exercée chez les femmes par leurs vêtements serrés à la taille, qui, d'après le professeur Breuer, pourrait suffire à déterminer la paresthésie du nerf. Ou bien c'est une cause agissant directement sur le nerf dans son trajet pelvien : le plus souvent l'agent de compression est une tumeur : abcès froid pottique dans un cas de Dopfer, testicule cancéreux en ectopie, dans un autre. Ou c'est une tumeur physiologique : l'utérus gravide dans trois cas rapportés, l'un par Sabrazès et Cabannes, un autre par Bernhardt, le troisième par Stembo et le dernier par Dalché, « l'accident étant dans ce cas, ajoute Dalché, tout à fait comparable aux névralgies et crampes douloureuses des membres inférieurs par compression intra-pelvienne pendant la grossesse ». Dans une observation inédite, que nous a communiquée M. le Dr Claisse, nous trouvons encore une tumeur utérine, pathologique celle-ci, c'est un fibrome, déterminant de la compression du nerf fémoro-cutané, laquelle se traduit par les signes ordinaires de la mèralgie. Nous avons observé personnellement un cas absolument identique que nous rapportons. Le fibrome enlevé, la mèralgie disparut. Mais ces mèralgies causées par une compression intra-abdominale ou intra-pelvienne rentrent plutôt avec celles consécutives aux lésions rachidiennes, dans celles que nous désignerons en parlant du diagnostic sous le nom de *pseudo-mèralgies*.

3° *Le froid*.— Le froid est le troisième agent causal d'origine externe : un malade, travaillant dans un bureau, a été exposé à de fréquents courants d'air ; pour d'autres il faut invoquer

la transition brusque du chaud au froid : c'est le cas du forgeron, du fondeur ; pour un autre, c'est l'action du froid humide, ou ce sont des bains froids, des douches que l'on accuse ; c'est après un naufrage que le malade de Hirsch ressent les premières douleurs de sa mèralgie ; c'est après 40 heures passées de suite sur la passerelle, pendant une tempête, que le capitaine de vaisseau cité par Lop est également atteint. Et s'il n'a pas déterminé la maladie, souvent le froid agit en aggravant la douleur.

Si nous passons aux *causes d'origine interne*, nous les trouvons en non moins grand nombre, que l'on peut ranger en *trois catégories* :

- a) Maladies infectieuses ;
- b) Influences toxiques ;
- c) Maladies dyscrasiques.

a) Presque toutes les maladies infectieuses sont mises en cause : elles ont frappé l'individu à des moments variables plus ou moins éloignés de l'apparition des douleurs névralgiques : la plus fréquente peut-être dans les antécédents morbides des malades est la syphilis ; après elle, arrivent la fièvre typhoïde, la grippe, la rougeole, le rhumatisme, la fièvre jaune, les convulsions dans l'enfance, un cas d'éclampsie, un cas d'amygdalite, un cas de scorbut, un cas de typhus exanthématique, un cas de scarlatine. On a signalé une fois la mèralgie concomitante avec le tabes ; peut-être ses douleurs n'étaient-elles alors que des douleurs fulgurantes tabétiques : on l'a trouvée d'ailleurs comme accident de début dans le tabes, et on a vu aussi la paralysie générale débiter par des crises mèralgiques : ceci n'a rien qui doive nous étonner, puisque le tabes et la paralysie générale sont des maladies parasyphilitiques, et que nous avons trouvé fréquemment la syphilis dans les antécédents des malades atteints de mèralgie.

b) La seconde classe étiologique comprend les intoxications : on a incriminé une fois le saturnisme ; dans un cas, le malade avait été morphinomane ; mais ici, le grand facteur, c'est l'alcool : dans nombre de cas, en effet, les malades se sont reconnus ou ont été reconnus éthyliques.

c) Enfin viennent les dyscrasies : un des malades observés était diabétique, une femme est atteinte de goître exophtalmique ; ici, toutefois, c'est la diathèse arthritique qui a la prédominance : un malade est atteint d'obésité, un autre est goutteux, un troisième est porteur de varices, ailleurs c'est un hémorroïdaire ; chez nombre de patients, ces diverses lésions étaient réunies.

Syphilis parmi les maladies infectieuses, *alcoolisme* parmi les maladies toxiques, *arthritisme* sous l'une quelconque de ses formes parmi les dyscrasies, voilà donc ce que l'on retrouve le plus souvent dans le passé pathologique des malades. Parfois peut-être, on ne découvrira rien dans les antécédents morbides : sûrement ces cas sont exceptionnels, c'est l'infime minorité ; et plus souvent, on trouvera traumatisme et maladie interne réunis dans l'étiologie.

§ 4. — Pathogénie.

Quelles sont les modifications subies par le nerf malade ? Roth, répondant à cette question, dit : « Il est évident que ce ne sont pas des lésions anatomiques qui progressent et qui détruisent à la longue la fibre nerveuse et par conséquent ses fonctions ; c'est tout au plus si l'on peut admettre quelques lésions de para ou de périnévríte. » Et en effet, un fragment nerveux réséqué par le D^r Mauclair, soigneusement examiné histologiquement, a été trouvé absolument sain. Quelle est donc la pathogénie de la mèralgie ?

Plusieurs théories ont été émises :

Roth a invoqué surtout les *troubles veineux*, la congestion des vaisseaux entourant le nerf, cette *congestion* pouvant être *passive ou active* : passive, chez des sujets hémorroïdaires, chez des sujets variqueux, active par suite d'*irritation* du nerf : ces phénomènes d'irritation, dit-il, sont probablement provoqués par la compression nerveuse, directement sur le trajet, ou bien par la compression indirecte, qui amène consécutivement des troubles circulatoires dans la région malade. Le nerf serait surtout exposé : 1^o au sortir du psoas, 2^o à l'angle qu'il décrit en contournant l'épine iliaque, 3^o dans le

canal fibreux qu'il traverse dans le fascia lata, 4° à sa sortie de ce canal. Et il conclut en éliminant toute cause hémato-gène générale, pour admettre l'origine mécanique ou anatomique.

Devic indique également l'*irritation* du nerf comme possible, et cite à l'appui un cas consécutif à une périostite post-typique du bord antérieur de l'os iliaque.

Dopter admet deux éléments dans la pathogénie : l'*influence congestive*, comme Roth, et une *disposition anatomique* spéciale à la région, ou plutôt au nerf fémoro-cutané, lequel, dans son trajet pelvien, serait presque tendu, pourrait par conséquent être tirailé pendant la marche ou la station debout, c'est-à-dire quand la jambe est en extension. On comprendrait ainsi facilement comment la flexion, en relâchant le nerf, ferait disparaître la douleur, de même que le décubitus horizontal, pourvu que les jambes ne soient pas complètement étendues.

Pour Shaw la mèralgie paresthésique serait le fait d'une *intoxication* quelconque.

De même pour Bernhardt qui la considère comme une *névrite infectieuse ou toxique*.

Qu'y a-t-il de vrai dans ces théories ?

La compression du nerf, qu'admet le professeur Roth, par les muscles psoas ou fascia lata se contractant, ou à son passage dans les canaux aponévrotiques qu'il traverse, bien qu'elle ne soit certes pas impossible, ne doit être que bien légère, et nous nous demandons si elle seule serait capable de déterminer l'affection dont il s'agit. Pour la tension du nerf dans son trajet pelvien, dont parle M. Dopfer, tension entraînant peut-être dans le canal ostéo-fibreux de l'échancre innommée la partie la plus volumineuse du nerf, qui se trouverait ainsi étranglée, il nous semble prudent de faire les mêmes réserves ; il les fait d'ailleurs lui-même, en disant que si cette raison est plausible, elle n'est probablement qu'accessoire.

Quant aux autres hypothèses, nous pensons qu'*ici l'éclectisme est de mise*, et que chacune d'elles, appliquée à certains cas, est sûrement juste. Mais nous devons nous efforcer de

considérer la question à un point de vue plus général, englobant autant que possible tous les faits qui peuvent se présenter :

C'est pourquoi, nous ralliant à l'opinion de M. le D^r Claisse, qui est aussi celle de Sabrazès, nous pensons que la méralgie parasthésique est tout simplement une *névrite banale*, intéressant le fémoro-cutané, mais névrite au même titre que toutes les autres névrites périphériques, et se développant sous l'influence des mêmes causes.

En effet, nous trouvons à l'étiologie des névrites en général :

Ou une origine traumatique (choc direct, pression, etc.) ;

Ou une origine toxique (alcool, plomb) ;

Ou une origine infectieuse (fièvre typhoïde, etc.) ;

Ou un refroidissement (froid sec, froid humide) ;

Ou une dyscrasie (arthritisme) ;

Ou une origine inflammatoire directe (plaie), ou de voisinage (foyer inflammatoire, foyer purulent, pérityphlite, abcès de la fosse iliaque).

Or, il suffit de se reporter à l'*étiologie de la méralgie parasthésique* pour constater une *identité complète* entre les deux.

Et on remarquera en même temps que cette étiologie générale des névrites englobe et la congestion veineuse de Roth, et l'intoxication de Shaw, et la névrite infectieuse de Bernhardt. Mais ce qui pour ceux-ci était primitif, devient pour nous secondaire : il y a congestion veineuse ? oui, mais cette congestion est consécutive au froid, ou consécutive au traumatisme, ou est un trouble diathésique au même titre que l'obésité, que les hémorroïdes, que les varices avec lesquelles elle coexiste souvent, *varices même entourant le nerf et constatées de visu* dans le cas de Chipault (obs. 92). Il y a intoxication ? oui, mais cette névrite est par exemple une manifestation alcoolique au même titre que le serait une cirrhose ; elle est une manifestation saturnine comme le serait une colique de plomb. Il y a névrite infectieuse ? mais cette névrite est pour nous une manifestation syphilitique, une manifestation post-typhique au même titre que le serait un autre accident nerveux syphilitique tertiaire, une complication typhique quelconque.

Il y a compression du nerf ? oui, mais si on enlève la cause, là comme pour tout autre nerf, l'effet disparaît : le fibrome est enlevé, l'accouchement se produit, l'abcès est évacué, on supprime le testicule ectopié, et les fonctions du nerf reparaissent graduellement.

D'autres faits encore tendent à prouver que la maladie n'est pas primitive, mais plutôt symptomatique et manifestation soit d'une infection, soit d'un état général : dans un cas, le malade, médecin de tempérament arthritique, se traite pour obésité : l'obésité disparaît et la mèralgie en même temps. Il cesse le traitement : la mèralgie fait sa réapparition. Un proche parent de ce malade est aussi atteint de mèralgie : même cause diathésique. D'autres patients sont atteints (deux cas) de mèralgie interne, *crurale* (et Roth lui-même avait reconnu une mèralgie interne) ou de névralgie concomitante intéressant les nerfs de la jambe et du pied. Un autre encore est rhumatisant et a souffert de névralgie sciatique. Un quatrième, qui a eu la rougeole, une fièvre typhoïde, des convulsions dans l'enfance, des rhumatismes, de l'ichtyose, est pris de mèralgie toutes les fois (et cela arrive à plusieurs reprises dans un an) qu'il a de l'herpès préputial, limité à la moitié gauche. Dans un cas que nous avons relevé à la clinique Charcot, on trouve d'abord des névralgies intercostales, puis un zona, et un peu plus tard de la mèralgie. Dans le cas de Joncheray, on trouve réunis : compression possible par le foie très hypertrophié, compression par un fort épanchement ascitique, mauvais état général, amyotrophie généralisée ; et ces troubles, dit l'auteur, furent suivis plus tard d'autres troubles du plexus lombaire et du sympathique, par exemple de sueurs profuses, dans la région même du rameau fessier du nerf fémoro-cutané. Enfin quelques cas ont été nettement reconnus comme premiers symptômes du tabes : qu'était ici la mèralgie elle-même, sinon aussi en quelque sorte une manifestation parasyphilitique.

Il ne s'agit donc pas d'une affection spéciale, évoluant pour son propre compte, mais plutôt, il nous semble, d'une affection secondaire.

Nous ferons remarquer encore avec M. le D^r Claisse que,

parmi les causes ordinaires des névrites, on trouve plus fréquemment dans celle-ci le froid et le traumatisme. Pourquoi ? Peut-être parce que les gros filets nerveux cutanés de la cuisse sont par leur trajet superficiel particulièrement exposés aux altérations locales : « D'un autre côté, on est habitué à reconnaître aux divers territoires nerveux certaines privautés pathologiques : ainsi que les nerfs de la partie inféro-externe de la jambe sont principalement tributaires des poisons alcooliques, ainsi que ceux de la partie postérieure de l'avant-bras sont particulièrement tributaires du poison saturnin, reconnaissons que les nerfs de la partie inféro-externe de la cuisse sont spécialement tributaires des traumatismes et du froid » (Claisse).

Cette *superficialité* en fera aussi un lieu de moindre résistance, et chez un prédisposé, on verra la paresthésie se déclarer à la suite de longues marches ou de la station debout prolongée. « Une névrite légère qui serait peut-être restée à jamais latente dans un autre territoire nerveux *se révèle* dans la sphère de la branche antérieure du fémoro-cutané » (Sabrazès). C'est pour cela sans doute, la lésion névritique étant légère, que l'on ne trouve pas de dégénérescence histologique du nerf. La même raison peut faire comprendre l'intermittence de la douleur, si facilement réveillée par la simple station debout, par la marche lente, par le décubitus horizontal (*membre inférieur en extension*), si vite apaisée par la flexion de la jambe, le repos assis, la marche rapide, même la course à bicyclette la route ne montant pas (*membre inférieur en flexion*).

Et nous invoquerons encore le même motif pour expliquer le peu de gravité de l'affection : car en général, le pronostic n'est pas sombre, c'est plutôt parmi les névrites une névrite bénigne, ce qui a fait regretter à M. le D^r Claisse que l'on ait enrichi la nomenclature médicale d'un nom si pompeux ; la remarque est peut-être vraie ; mais la maladie est entrée en médecine avec l'étiquette de mèralgie, ce nom lui restera probablement.

Pourquoi n'y a-t-il pas de troubles trophiques, pourquoi pas de troubles de motilité dans la mèralgie ? Sans doute parce

que le nerf est exclusivement sensitif ; ne se distribuant qu'à une surface cutanée, il n'influence les muscles ni dans leur nutrition, ni dans leur action.

Un mot sur l'anomalie qui fait que la branche fessière du fémoro-cutané est si rarement intéressée (3 cas seulement). Dans les cas où cette branche est absente, l'explication découle ; mais ceci est rare (2 fois sur 20, d'après Dopfer). Pour expliquer les autres cas, celui-ci invoque une influence circulatoire, le rameau fessier étant irrigué par un réseau veineux extrêmement pauvre, alors que toute la région antérieure et antéro-externe de la cuisse possède des veines nombreuses et volumineuses ; moins de sang, moins de stase veineuse, et absence de douleur. A cette raison plausible, peut-être pourrait-on ajouter celle-ci : que la douleur reste localisée aux branches antérieures parce qu'elles sont plus vulnérables et plus superficielles que la branche fessière, postérieure.

§ 5. — Marche. Durée. Pronostic.

La marche de la maladie, on a pu le voir par la description de ses symptômes, est ordinairement graduelle et rarement rapide : au début, paresthésie simple et anesthésie ; celles-ci apparaissant, la plupart du temps, en un point limité occupant la largeur d'une paume de main, d'une soucoupe, d'une bande plus ou moins large, et arrivant au bout d'un certain temps à couvrir toute la zone innervée par le fémoro-cutané. Quand les deux côtés sont pris, il y en a un qui l'est moins que l'autre : lorsque la maladie est arrivée à son apogée, les douleurs, ressenties dans toute la région paresthésiée, sont toujours plus intenses au point lésé primitivement. Nous savons que parfois il y a des intermittences laissant le malade indemne pendant des jours, voire pendant des mois entiers. Les femmes surtout présentent les plus grandes oscillations par rapport à l'intensité, et leurs douleurs subissent une recrudescence habituelle au moment des règles.

Il est impossible d'assigner une durée à la maladie, qui est ordinairement longue ; d'un autre côté, elle peut ne persister

que quelques mois, comme elle peut durer des années, ou ne jamais disparaître, ou du moins complètement.

Par contre elle disparaît parfois seule, sans traitement, en suivant une marche inverse de celle qu'elle avait suivie dans son apparition. Les douleurs s'en vont d'abord, *et d'abord dans la périphérie* ; la dernière zone douloureuse est celle qui fut atteinte la première. La paresthésie persiste souvent alors pendant un certain temps, puis disparaît à son tour.

Dans tous les cas, le pronostic est ordinairement bénin, et, ce sur quoi insistent plusieurs auteurs, il faut avant tout consoler le malade qui la plupart du temps se croit menacé par une grave affection médullaire. Nous l'avons dit, la mèralgie guérit le plus souvent ou du moins s'atténue. Il n'y aurait exception que dans les cas très graves, et alors il faudrait tenter le seul moyen de guérison, la résection du nerf, sur lequel nous reviendrons tout à l'heure, en parlant du traitement. Mais si la mèralgie s'atténue assez, ou d'elle-même, ou par le traitement non sanglant, le malade la supporte ordinairement très bien : comme le dit Escat, il fait bon ménage avec sa maladie et souhaite seulement de durer autant qu'elle, pourvu qu'elle dure longtemps.

Parfois cependant il faudra se montrer plus réservé, et avant de donner un pronostic, trouver autant que possible la cause d'une mèralgie, pour alors dans une certaine mesure, se baser sur l'étiologie afin de donner un pronostic juste. Et si par exemple on trouve la syphilis dans les antécédents d'un malade, il faudra se rappeler que, dans quelques cas, la mèralgie a été le prodrome d'un tabes, et que pour un malade cité par Mœbius, elle précédait une paralysie générale.

§ 6. — Diagnostic.

Le diagnostic comprend celui de la maladie elle-même, et celui de la cause :

Ce diagnostic est ordinairement des plus faciles, à moins qu'il n'y ait à la fois coexistence de plusieurs névrites voisines. D'habitude, le siège de la douleur et de l'anesthésie, bien limité au territoire innervé, l'absence de troubles trophiques

et de troubles de la motilité, font immédiatement reconnaître la maladie.

Nommons sans insister *la névralgie sciatique* et *la coxalgie* ; leurs symptômes sont assez différents pour qu'on ne puisse guère se tromper à leur égard en faveur d'une mèralgie ; celle-ci a été confondue avec le *rhumatisme déformant* à son début (obs. 91).

Une *névralgie crurale* pourrait plus facilement donner le change au premier abord ; on évitera l'erreur en recherchant avec soin ses points douloureux spéciaux, situés l'un au-dessous de l'arcade de Fallope, les autres au niveau de la malléole interne et de la base du gros orteil. D'ailleurs ici les douleurs s'irradient le long de la face interne du membre inférieur.

« Certaines *lésions radiculaires* donnent parfois lieu à un syndrome qui pourrait être confondu avec celui de la mèralgie. Dans un cas du Dr Chipault, il y avait une zone d'anesthésie rappelant celle de la mèralgie antérieure : mais il existait en outre une parésie du couturier et du quadriceps qui éclairait le diagnostic » (Claisse). *Les mèralgies auxquelles ces lésions donnent lieu sont des pseudo-mèralgies*, qu'il ne faut pas confondre avec la mèralgie vraie.

L'*anesthésie hystérique* est facile à différencier en ce qu'elle n'atteint pas exclusivement une zone innervée par un nerf ; en outre, on trouve ordinairement d'autres signes d'hystérie : zone hystérogène, disparition du réflexe pharyngé, etc.

Le *tabes* peut débiter, nous l'avons vu dans trois cas (Bernhardt et Baccelli), par les symptômes de la névralgie ; si le sujet accuse la syphilis dans ses antécédents, on pourra penser à l'ataxie, mais ici le diagnostic ferme sera souvent impossible à moins que l'on ne trouve quelques autres signes du tabes à ses débuts. Il faut ranger ces cas de névralgie tabétique dans les *pseudo-névralgies* dont nous venons de parler.

On doit y placer également celles produites par *compression intra-abdominale ou intra-pelvienne*, que l'on reconnaîtra toujours facilement, quand on pourra, par les signes conco-

mitants, faire le diagnostic étiologique de la compression. Dans ces cas d'ailleurs, la douleur siègera sur tout le trajet du nerf, et dans la région lombaire.

La claudication intermittente donne les mêmes symptômes douloureux que la mèralgie, mais accompagnés d'une série d'autres : elle frappe un artério-scléreux, qui a souvent des lésions patentes des vaisseaux ; pendant l'accès il y a suppression des pulsations de la poplitée et de la pédieuse ; enfin le refroidissement, la pâleur ou la cyanose du membre symptomatiques d'endarterite oblitérante, faciliteront le diagnostic.

La maladie de Goldflam est une variété de la précédente : elle se voit chez des vieillards, s'étend aux membres inférieurs, parfois aux supérieurs ; la douleur produite augmente d'abord par le repos, pour disparaître ensuite peu à peu. Il n'y a ni paresthésie ni anesthésie.

Le diagnostic de la cause est important au point de vue du pronostic ; il l'est aussi quand il s'agit du traitement. On scrutera donc soigneusement les antécédents des malades pour savoir si l'on doit attribuer à une origine externe ou à une origine interne la maladie en question. En l'absence de renseignement, l'examen direct sera plus nécessaire encore, et on trouvera parfois des lésions concomitantes, dyscrasiques par exemple, qui mettront sur la voie du diagnostic.

§ 7. — Traitement.

Nous avons dit que parfois la mèralgie disparaissait spontanément ; mais c'est l'exception, il faut donc la traiter :

Le traitement employé sera ou *médical ou chirurgical*.

Le traitement *médical*, pour être complet, doit s'adresser *aux symptômes et à la cause déterminante* :

Ici le symptôme à combattre est la douleur. Aussi les moyens divers employés ordinairement à cet effet ont été mis en œuvre pour calmer les souffrances de la mèralgie : sinapismes, vésicatoires, pointes de feu, topiques calmants, ichthyol en frictions, bains chauds, bains froids, bains sulfureux, douches, massage, frictions sèches, frictions térébenthinées, frictions à l'alcool camphré, au salicylate de méthyle, badi-

geonnages à l'essence de Wintergreen, pulvérisations de chlorure d'éthyle. Cette liste si abondante prouve la médiocre valeur des instruments mis en œuvre, et en effet, dans les cas où ils ont été employés seuls, les résultats ont ordinairement été nuls. Quand on leur a adjoint l'électricité, l'effet produit a été meilleur : on a employé soit l'électricité faradique, soit les courants continus. Les deux ont donné d'assez bons résultats, partiels toutefois, diminuant les douleurs, mais ne les faisant pas disparaître complètement, et laissant subsister au moins une certaine sensation de fourmillement.

Ces moyens *locaux* ont réussi surtout dans les cas où la mèralgie est consécutive au froid, ou à un traumatisme de la cuisse ; mais le traitement *local*, en même temps que symptomatique, ne suffit plus et échoue à peu près régulièrement lorsque le grand rôle dans la pathogénie de la maladie est tenu par une cause interne. Il faut lui associer alors le remède propre à cette maladie : toxique, dyscrasique, infectieuse ; le malade est arthritique : il faut soigner son arthritisme, *et surtout son arthritisme* : témoin le malade du D^r Florand, dont la mèralgie disparaît avec l'obésité, pour réapparaître en même temps qu'elle.

Malheureusement l'effet produit n'est pas toujours heureux, et il semble que, lorsqu'il s'agit de syphilis surtout, la mèralgie est réfractaire au traitement. Comme on l'a vue en avant-garde du tabes et de la paralysie générale, faudrait-il en faire dans ces cas une manifestation tertiaire incurable au même titre que ces deux maladies ?

En somme, le traitement médical peut se résumer ainsi :

Mèralgie consécutive à un traumatisme ou au froid : repos, traitement local, électricité.

Mèralgie sous la dépendance d'une cause locale et d'une cause générale : 1^o même traitement que le précédent ; 2^o traitement de l'élément : infectieux, toxique ou dyscrasique incriminé.

A cette thérapeutique, la maladie ne cède pas toujours, loin de là : la règle est même qu'elle s'amende avec le temps, l'hygiène et les soins spéciaux s'il y a lieu, mais aussi qu'elle ne disparaît pas complètement. Aux malades qui voient ainsi

diminuer graduellement leur mèralgie, nous conseillerons de la garder telle quelle puisqu'ils peuvent la supporter. Mais pour d'autres, la marche peut être différente : il en est à qui tous les traitements médicaux ne font rien, dont les douleurs augmentent sans cesse et en font des infirmes ; à ceux-là nous conseillerons *l'intervention chirurgicale*.

Parmi les interventions chirurgicales, laquelle choisir, le *hersage*, l'*élongation*, la *résection* ?

Le *hersage* et l'*élongation* ont été employés souvent dans les cas de névralgie sciatique, et ont donné des succès. Un des malades du Dr Chipault avait été guéri par lui d'une sciatique antécédente à l'aide de l'élongation, et il est possible que le même traitement appliqué au fémoro-cutané puisse donner également de bons résultats. Il est de même pour le *hersage*.

Cependant nous éliminerons ces deux procédés pour choisir le troisième : la *résection*, car nous n'avons pas pour nous engager à respecter le nerf fémoro-cutané, nerf exclusivement sensitif, les mêmes raisons qui nous empêcheraient de réséquer un nerf comme le sciatique, tenant sous sa dépendance tout un territoire musculaire des plus importants. Etant donnée l'insignifiance relative du nerf en question, nous nous déciderons donc pour la résection : le moyen sera plus radical, et l'avantage ici l'emporte sur les inconvénients possibles, si bénins qu'on peut les mettre de côté.

De plus nous pouvons nous baser sur des résultats obtenus :

En effet la résection du fémoro-cutané pour mèralgie a jusqu'ici été faite 4 fois, dont 3 en France :

Dans le premier cas, cité par M. Freud, il s'agissait d'un déplacement du nerf dévié de trois centimètres en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure : la névrectomie fut faite par un de ses confrères de Wandsbeck, et la guérison s'en suivit. Mais dans ce cas, il ne s'agissait pas de mèralgie type, puisqu'en somme il y avait plutôt, en quelque sorte, luxation du nerf. D'un autre côté, nous ne parlerons naturellement pas de la résection comme traitement à employer dans les cas de compression directe par utérus gravide ou fibroma-

teux, par abcès froid ou par néoplasme : là, elle serait inutile et déplacée.

Nous nous cantonnons dans l'opération dirigée contre le fémoro-cutané en place, et dont la lésion n'est causée par rien d'apparent.

Il nous reste dans ces conditions trois cas opérés, dont deux sont inédits :

La première résection a été faite par M. le Dr Chipault, le 12 mars 1899, sur le malade dont nous rapportons l'histoire *in extenso* (obs. 91).

La seconde, par M. le Dr Mauclore, eut lieu le 30 mai, sur la malade de M. le Dr Souques (obs. 91). Le manuel opératoire, que M. Mauclore a eu l'amabilité de nous communiquer, fut le suivant, très simple comme on va en juger :

« Incision verticale commençant en haut immédiatement en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et descendant sur la face antérieure de la cuisse suivant une ligne de 6 à 7 centimètres :

Section de la peau ;

Section du tissu cellulaire sous-cutané ;

Section du premier feuillet aponévrotique de l'aponévrose crurale.

On tombe au sommet de l'incision sur le fémoro-cutané externe, que l'on voit se dédoubler en son rameau fessier et en son rameau fémoro-cutané.

Celui-ci est réséqué, après avoir été assez fortement attiré en bas, sur une longueur de 2 centimètres.

Suture de tous les tissus en un seul plan ;

Réunion par première intention. »

Dans les trois cas, le nerf fut réséqué au même point ; la troisième résection a été faite encore par M. Chipault, le 12 juillet (obs. 92). Le manuel opératoire fut identiquement celui que nous venons de retracer. M. Mauclore réséqua deux centimètres du nerf ; M. Chipault en enleva quatre chez sa première opérée, six chez son second malade.

Les cas de pseudo-méralgie radiculaire dont nous avons parlé seraient justifiables aussi d'un traitement analogue, à condition qu'il porte plus haut : sur les racines, et de préfé-

rence à l'intérieur du rachis. La lésion consécutive à un traumatisme ayant porté nettement au niveau de la région lombaire ne pourrait sans doute aussi être atteinte que là où le traumatisme a porté : c'est le cas du second malade du D^r Souques, tombé sur les reins, et à qui il ne conseilla pas la résection, parce que, dit-il, il aurait fallu aller chercher le nerf trop haut. Et puis, on se heurterait là à une objection importante : c'est que ne sachant au juste quelle racine a été atteinte, il faudrait au moins en réséquer deux, et peut-être alors serait-ce faire des dégâts bien importants pour une maladie dont le pronostic n'est pas plus sombre que celui de la meralgie en général.

Les *suites opératoires* furent parfaites et à peu près identiques dans les trois cas : tant que les malades du D^r Chipault gardèrent le repos au lit, c'est-à-dire dans les premiers jours après leur opération, les douleurs disparurent complètement. Mais aussitôt qu'ils recommencèrent à marcher ou à travailler un peu, elles se montrèrent à nouveau et persistèrent pendant un mois environ. Elles étaient diminuées, mais la gêne et la claudication ne l'étaient guère. Au bout de quatre semaines elles commencèrent à s'atténuer, puis *disparurent complètement* deux mois environ après l'opération. Depuis ce moment, les malades n'ont plus souffert et se livrent à toutes leurs occupations. L'un a ressenti quelques douleurs « les jours où le temps était à l'orage ». L'autre a une simple sensation d'étirement de la peau quand il a beaucoup travaillé. En somme ce sont deux malades guéris.

La marche fut la même, *excepté au début*, pour la malade du D^r Souques : la douleur, disparue aussitôt après l'opération, ne reparut pas immédiatement lorsque la malade se leva, et cette absence totale de douleurs, l'opérée se livrant à ses occupations ordinaires, persista pendant un mois environ ; puis vers la fin de juin, elle fut reprise 5 à 6 fois par jour, durant 4 à 5 minutes, de crises analogues aux anciennes, mais très atténuées et sur un espace peu étendu. Enfin, comme dans les cas précédents, les douleurs *ont cédé tout à fait*, et en août, la malade écrivait à M. Souques, lui disant qu'elle était complètement guérie.

Deux particularités méritent d'être notées dans cette évolution vers la guérison : la première est le *retour transitoire des douleurs* mèralgiques, passant par une acmé, et allant en diminuant jusqu'à extinction complète. Il y a un rapprochement à faire entre cette marche et celle que l'on a notée pour la névralgie faciale, ne guérissant parfois que trois mois après la résection.

La seconde est la *disposition des douleurs en couronne*, qui s'est montrée excessivement nette chez les deux malades du Dr Chipault (nous n'avons pu interroger à ce sujet l'opérée du Dr Souques). La douleur dans ces deux cas paraît donc avoir régressé du centre à la périphérie. Il est à noter que c'est le contraire qui se passe dans la guérison ou l'amélioration, spontanée ou médicale, la douleur persistant le plus longtemps vers le centre de la plaque mèralgique, là où elle a débuté d'ordinaire.

En résumé, quand le traitement médical sera resté impuissant, que les douleurs persisteront en s'aggravant, atroces parfois, aigrissant le caractère des malades, leur rendant tout travail impossible, nous pensons qu'il faudra leur conseiller la *résection*, opération d'ailleurs des plus bénignes. Si le nombre des cas opérés est encore trop restreint pour que nous puissions poser la guérison en règle absolue comme résultat, il n'est, en tout cas, pas téméraire de mettre en avant une opération qui, pour *trois opérés*, compte *trois guérisons*.

OBSERVATIONS

Nous avons réuni 94 cas de mèralgie. Ils comprennent à peu près toutes les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour, plus un certain nombre d'autres encore inédites, et qui nous ont été communiquées par leurs auteurs : parmi ces dernières en particulier nous signalerons celles où est intervenu le traitement par la résection. Pour les autres nous les avons prises : ou dans les publications françaises antérieures, et surtout dans la « revue de Sabrazès et Cabannes » ou nous les avons traduites directement dans le texte.

On pourra facilement augmenter, si l'on veut, ce nombre, car nous savons que bien des malades atteints de mèralgie ont été vus soit en clientèle soit dans les cliniques, sur lesquels on n'a pas pris de notes : ce qui s'explique par ce fait que la plupart des observations sont semblables, et calquées sur un même type, les symptômes divers étant plus ou moins accentués. Les différences existent surtout dans l'étiologie et la pathogénie : nous croyons que l'on pourra se rendre compte de tout ce que l'on peut trouver à ce point de vue dans les observations suivantes :

Obs. 1 (Roth). — M. M..., juge d'instruction, 41 ans, bien portant, se présente dans son cabinet de consultation le 8 mars 1895.

Début. — Le malade un peu avant le début, a dû faire beaucoup de courses en voiture par des chemins mal entretenus. Il se pourrait aussi qu'il eût pris froid aux pieds.

Au mois de décembre 1883 il commence à se plaindre d'une sensation de brûlure siégeant sur la face externe de la cuisse gauche. Pendant plusieurs semaines l'étendue de la douleur augmente, puis devient stationnaire.

Etat actuel. — Hypoanesthésie de la région occupée par le nerf fémoro-cutané externe, surtout à la partie inférieure de la cuisse. Limite inférieure : tendon rotulien ; supérieure : tiers supérieur de la cuisse ; antérieure et postérieure : sont représentées par des lignes

courbes ; le sommet de la ligne courbe antérieure atteint la ligne médiane antérieure de la cuisse ; le sommet de la postérieure arrive à la région innervée par le sciatique.

Cette plaque hypoanesthésique est le siège d'une douleur brûlante pendant la marche, d'engourdissement pendant le repos. A l'examen, on trouve dans cette région la diminution de tous les modes de la sensibilité. Pas d'autres phénomènes du côté du système nerveux. La vue est normale. Diminution peu accentuée du réflexe patellaire. Pas d'anesthésie ni paralysie, ni crampes etc. Rien du côté des autres organes.

Quelques douleurs dans les muscles coxo-fémoraux rotateurs de la cuisse et dans les muscles de l'épaule.

Traitement. — Après 6 séances d'électrisation (courants continus) la plaque anesthésique diminue en étendue et en intensité. Le malade quitte Moscou avec prescription de faire du massage. 6 ans après (en février 1891), Roth revoit le malade. La paresthésie a diminué en hauteur ; elle n'occupe plus que le tiers moyen de la face externe de la cuisse. Plus de douleurs. Les douleurs musculaires sont aussi disparues. Pour le reste, le malade se comporte comme auparavant.

Antécédents. — Le malade n'est pas éthylique, pas de syphilis. Chancre mou plusieurs années avant la mèralgie. Pas d'affections aiguës antérieures.

Obs. 2 (Roth). — M. N. P.... médecin, 46 ans.

Antécédents personnels. — Syphilis dans la jeunesse, symptômes bénins, pas d'autres manifestations. En 1878, typhus ; suites : anesthésie de la région sacrée qui a guéri.

Début. — En automne 1883, quelque temps après un coup de froid, le malade a de la paresthésie à gauche sur la face externe de la cuisse, laquelle, d'abord n'apparaissant que de temps en temps, devient constante.

Douleur brûlante pendant la station debout, augmentant pendant la marche, disparaissant pendant la flexion de la cuisse sur le bassin et dans la position assise. De même elle apparaît quelquefois le malade étant couché sur le dos les jambes étendues.

Plaque d'hypoanesthésie tactile de forme ovale, atteignant en haut le grand trochanter, en bas le genou, en avant le milieu de la cuisse, en arrière la région innervée par le sciatique.

Hyperesthésie à la douleur dans la région de cette plaque ; le pincement, le frottement sont très douloureux. Pas de douleurs particulières sur le trajet du nerf. De 1890 à 1892 le malade avait de la paresthésie à droite, mais moins douloureuse et moins étendue.

Le système nerveux ne présente pas d'autres phénomènes.

Etat général. — Obésité. Varices en 1892, le massage a fait beaucoup de bien. Actuellement (1895) légère anesthésie ; rarement quelques douleurs pendant la marche.

OBS. 3 (ROTH, tirée de SABRAZÈS). — Il s'agit d'un avocat âgé de quarante-quatre ans; dans le rayon de distribution du fémoro-cutané existe une sensation d'insensibilité se transformant pendant la marche en une douleur cuisante analogue à celle que produirait l'électrisation ou une vive égratignure de la peau. Objectivement le contact provoque de l'engourdissement, mais il est perçu, ainsi que la piqure, quoique moins nettement que du côté sain.

OBS. 4 (ROTH, tirée de SABRAZÈS). — Cette observation est celle d'un homme de 55 ans, obèse et hémorroïdaire, atteint d'une paresthésie typique de la cuisse droite. La douleur dépasse légèrement à gauche la ligne médiane de la cuisse. Dans cette région, le contact et la piqure provoquent de l'engourdissement. Les deux jambes ont été successivement malades pendant l'épidémie de grippe de 1891; après la guérison d'une atteinte d'influenza a débuté l'affection actuelle. Dans le courant de ces derniers mois, les phénomènes se sont amendés. Pas de douleurs caractéristiques dans la marche ou la station debout. Pas d'autres symptômes nerveux.

OBS. 5 (ROTH). — Malade âgé de 44 ans (1894). Depuis 10 ans, fourmillement dans la cuisse gauche pendant la marche. Il y a deux ans, sans aucune cause autre que quelques émotions apparaissent des douleurs assez fortes, pendant la station debout et la marche prolongée. Elles occupent le côté externe de la cuisse gauche; leur étendue s'agrandit. En dehors des douleurs, le malade a la sensation de tension de la peau dans la région malade.

Etat actuel. — Sensibilité obtuse de la région; dans la position assise, la plaque paresthésique diminue des deux tiers, le malade accuse alors des fourmillements; ce symptôme peut disparaître complètement. Pas d'antécédents.

OBS. 6 (ROTH). — Employé des eaux et forêts, 35 ans. Ethylique, gros ventre, gros foie.

Depuis 4 années, plaque anesthésique sur le côté externe de la cuisse gauche, qui gagne constamment en étendue. Depuis un an et demi le malade constate du côté opposé une autre plaque; celle-ci resté stationnaire. Sensation de brûlure pendant la marche et au repos. A l'examen on constate à l'endroit de la plaque une hypoanesthésie au toucher et à la douleur. Si on pince la peau, la sensation dure longtemps.

La surface cutanée répondant à la plaque est lisse, brillante, dépourvue de follicules pileux; au bain elle se distingue par sa pâleur, de la peau environnante.

OBS. 7 (ROTH, tirée de SABRAZÈS). — Il s'agit d'un homme de 50 ans, directeur d'une administration publique, qui a eu le scorbut à seize ans,

la syphilis à vingt ans ; c'est en outre un alcoolique invétéré. A plusieurs reprises, il a fait des chutes sans gravité sur la tête, le dos et la région lombaire. Depuis huit ans, il a pris un grand embonpoint et durant ces cinq dernières années a très peu marché. Il y a quatre ans à la suite de stations debout prolongées, la maladie a éclaté. Les deux cuisses, dans les limites habituelles, sont le siège de paresthésie, d'hypoesthésie et de brûlures douloureuses à l'occasion de la marche et surtout de la station verticale ; ces dernières sensations s'étendent souvent en haut et en avant. Dès que le malade reste assis deux à trois minutes, tout disparaît. Au toucher, il s'aperçoit alors que les douleurs brûlantes occupent la région engourdie, avec moins d'acuité à gauche. Près de l'épine iliaque antérieure et supérieure des deux côtés, on provoque de la douleur à la pression sur une toute petite étendue, douleur dont le maximum coïncide avec la saillie de l'épine iliaque antérieure et supérieure, sans qu'il soit possible d'en préciser le siège exact, à cause d'un épais bourrelet adipeux interposé. Le système nerveux n'offre aucune autre particularité.

OBS. 8 (ROTH). — 3 mai 1888. — Malade âgé de 48 ans, obèse. Depuis 6 ans, symptômes atténués de la mèralgie du côté droit.

Antécédents pathologiques. — Fièvre typhoïde.

OBS. 9 (ROTH). — M. P. G..., 36 ans, 17 novembre 1897. Employé de commerce dans une maison froide et humide. Il y a quatre ans, il constata l'apparition de la plaque anesthésique laquelle augmenta pendant trois semaines, puis devint stationnaire. Un peu d'hypoanesthésie au tact et à la température.

Huit ans après le début, le malade revient pour consulter à propos de douleurs dans l'articulation du poignet avec faiblesse dans l'index et le médius. La plaque paresthésique avait augmenté et descendait jusqu'à la jambe. Le diagnostic n'a pas pu être posé définitivement parce que le malade n'est plus revenu.

OBS. 10 (ROTH). — P. D..., 28 ans, 5 novembre 1888. Femme anémique un peu obèse. Depuis l'âge de 14 ans mèralgie paresthésique double, plus forte à gauche.

Anesthésie subjective. Engourdissement, sensation de brûlure, douleurs qui surviennent à l'occasion de la marche et de la station debout, et qui diminuent quand la malade est assise et surtout couchée. Quelquefois les douleurs ne cessent même pas dans la position couchée, mais aussi il y a des périodes où la malade ne souffre pas pendant la marche. A l'époque des règles les douleurs ne changent pas, mais elles augmentent quelques jours avant.

On provoque une douleur en appuyant en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. En outre la malade depuis 1888 se plaint de douleurs musculaires névralgiques et de troubles hystériques.

Traitements qu'avait suivis la malade : eaux thermales, électricité statique, massage, fer à l'intérieur etc. L'état général s'était amélioré, mais les douleurs et la plaque parasthésique persistaient (1891), tout en ayant diminué. La limite supérieure de la plaque avait descendu jusqu'à mi-cuisse.

Obs. 11 (Roth, tirée de SABRAZÈS). — Ce cas concerne encore une femme âgée de 41 ans. A l'âge de 35 ans, elle a eu des accès d'éclampsie gravidique et une hémiplégie dont elle a guéri. Depuis le mois d'avril 1893, elle est sujette à des attaques convulsives, vraisemblablement de nature hystérique. Le fond de l'œil est normal ; les urines ne contiennent pas d'albumine. Pendant l'été de l'année 1894, elle a éprouvé des sensations de brûlure dans la région du nerf fémoro-cutané, pendant la marche et la station debout ; il lui suffisait de s'asseoir pour que cette sensation disparaisse complètement. Elle persista pendant la grossesse. La malade aurait eu des phénomènes analogues dans le membre supérieur.

Obs. 12 (Roth). — Paul M..., commerçant, 43 ans, 1892 ; à 20 ans syphilis, obésité.

Depuis huit ans se plaint d'une douleur aiguë, brûlante dans la région du nerf fémoro-cutané du côté droit. La marche est moins pénible que la station debout, que le malade ne peut endurer plus d'une demi-heure.

La douleur se calme dans la position assise. Pas de signes objectifs.

Traitement. — Purgatifs, électricité en 1893. Le malade ne souffre presque pas, l'amélioration a commencé depuis la 2^e séance d'électrisation.

Obs. 13 (Roth). — Jean M..., 47 ans, avril 1894 ; un peu obèse, a des hémorroïdes. Il y a 15 ans, coup de froid après lequel il a remarqué que sa jambe gauche était constamment engourdie. Sensation de brûlure pendant la station debout prolongée. Petite plaque d'anesthésie surtout pour la piqure.

Obs. 14 (Roth). — Nicolas A..., fonctionnaire, 35 ans, mai 1894. Rhumatismes articulaires à 19 ans, éthylique. Constipé, non obèse. Depuis trois ans accuse pendant la station debout une douleur brûlante, occupant la face antéro-externe de la cuisse droite. Cette douleur est précédée de sensation de coups d'aiguilles, de sensation de froid et de picotement. Pas de douleurs dans la position assise, et elles disparaissent pendant la marche.

Les sept observations suivantes, du professeur Bernhardt, sont tirées du mémoire du Sabrazès et Cabannes :

Obs. 15. — M. Bernhardt rapporte l'histoire d'un homme observé

par lui en 1878, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, eut de l'inégalité pupillaire et une névrite cubitale double ; il se plaignait en outre d'une sensation difficile à caractériser, cantonnée à la partie externe et supérieure de la cuisse droite, du grand trochanter au condyle externe. M. Bernhardt fait remarquer qu'il a noté des troubles semblables chez divers malades et, entre autres, chez des convalescents de fièvre typhoïde.

Obs. 16. — Dans ce cas il s'agissait d'un médecin militaire âgé de 51 ans, qui avait eu, à 22 ou 23 ans, une dothiéntérie grave et ressentait, depuis plusieurs années, vers la partie externe et supérieure de la cuisse gauche, une sensation rendant tellement pénible le frottement de son épée pendant la marche qu'il avait dû demander l'autorisation de ne plus la porter.

Obs. 17. — Il s'agit d'un cas analogue intéressant un colonel qui avait dû renoncer au port de l'épée, tant était pénible son frottement à la partie supéro-externe de la cuisse gauche.

Obs. 18. — Homme de 56 ans qui ressentait, à la partie supéro-externe de la cuisse gauche, des sensations anormales dont le début avait succédé à l'emploi des douches froides ; des douleurs cuisantes se montraient à ce niveau, après une longue marche ; la sensibilité au contact et à la piquûre était conservée, la sensibilité à la température diminuée.

Obs. 19. — Ce cas est relatif à un homme de 30 ans, qui imprimait des gravures à l'huile et avait eu des accès de coliques ; il s'agissait peut-être d'un phénomène d'intoxication saturnine. Il n'existait cependant ni liseré saturnin, ni paralysie des extenseurs, mais les téguments de la partie externe et supérieure de la cuisse étaient peu sensibles. La pression un peu forte de la peau et des muscles de cette région déterminait de la douleur.

Obs. 20. — Fondeur, âgé de 35 ans, accusant une insensibilité de la partie supérieure de la cuisse droite, en avant et en dehors. Les mouvements de la jambe, l'excitabilité électrique des muscles étaient conservés.

Obs. 21. — C'était également sur les parties externes et antérieures de l'extrémité supérieure de la cuisse droite que des douleurs avaient apparu depuis quelques semaines chez un forgeron de 34 ans ; au-dessus du genou, sur une surface grande comme la main, et en dehors, dans une zone ayant les dimensions d'une soucoupe, la sensibilité de la peau était émoussée.

OBS. 22 (BERNHARDT). — Il s'agit d'une femme âgée de 29 ans, enceinte et arrivée au septième mois de sa grossesse. Elle est atteinte de parésie typique dans la région du fémoro-cutané, avec engourdissement, sensation de peau très épaisse, anesthésie presque complète à tous les modes de sensibilité, et douleurs intermittentes réveillées par la marche et la station debout, atténuées par le repos et le décubitus horizontal.

OBS. 23 (BERNHARDT). — Il s'agit d'un homme âgé de 50 ans, qui a contracté la syphilis il y a 10 ans et qui présente actuellement des symptômes très nets de tabes (engourdissement à la partie inférieure de la moitié gauche de la cage thoracique et à la main gauche ; démarche incertaine, surtout dans l'obscurité ; parésie vésicale très prononcée, abolition du réflexe patellaire, myosis). Ce malade, qui ne présente rien d'anormal dans sa marche pendant le jour, se plaint d'une sensation de brûlure à la face externe de la cuisse gauche, dans le domaine du nerf fémoro-cutané externe. L'épine iliaque antéro-supérieure n'est pas sensible à la pression. L'examen objectif de la sensibilité dans cette région montre une diminution légère de la sensibilité tactile, la sensation anormale de brûlure que le malade accuse, est absente quand il est couché ou assis, mais elle apparaît dans la station verticale prolongée.

OBS. 24 (BELLLOT, juillet 1895). — « Le 27 juin 1895, je fus consulté par une femme de 48 ans, Mme G..., demeurant à Niort, se plaignant, suivant ses propres expressions, « d'engourdissement et d'insensibilité à la cuisse gauche ».

J'examinai alors la région dans laquelle la malade accusait cette sensation, région antéro-externe de la cuisse répondant parfaitement au territoire du fémoro-cutané externe, et demandai à ma cliente si un traumatisme quelconque, chute ou coup, avait précédé l'apparition des symptômes pour lesquels elle me consultait. Elle me répondit par la négative. Je constatai en même temps que la région antéro-externe de la cuisse gauche était à peu près insensible, la sensation de contact était diminuée et la sensibilité à la température plus obtuse que du côté sain. Croyant avoir affaire à une hystérique, et cela d'autant mieux que ces symptômes bizarres éprouvés par une femme me semblaient suspects, je cherchai d'autres régions insensibles à la douleur, au contact et à la température, ainsi que les stigmates ordinaires de l'hystérie. Tous faisaient défaut.

Pas d'insensibilité ailleurs qu'à la région antéro-externe de la cuisse gauche, pas de zone hystérogène, pas de rétrécissement du champ visuel, sensibilité pharyngée conservée.

Interrogée par moi, qui voulais me renseigner un peu sur les symptômes subjectifs, la malade m'apprit que cette sensation pénible d'engourdissement et de fourmillement s'exagérait surtout après la marche

ou la station debout et diminuait au repos. Ainsi que dans les cas cités par M. Lucas-Championnière, il n'y avait pas de douleurs vives, survenant pas accès comme dans les névralgies, ni lancinantes comme dans le tabes. La motilité des muscles était aussi intacte ; l'état de santé générale était d'ailleurs assez bon. Agée de 48 ans, Mme G... avait passé, disait-elle, « le moment du retour d'âge » sans en souffrir beaucoup ; elle était de forte stature, grande, grasse, avec un teint fortement coloré ; elle avait les apparences d'une femme arthritique et menait depuis longtemps une existence sédentaire à laquelle elle attribuait des hémorroïdes dont elle était affectée. Elle avait aussi des varices, et je dois dire, en passant, que je m'étais demandé tout d'abord si les troubles de la sensibilité qu'elle accusait ne devaient pas être mis sur le compte de ces varices. Je pensais, en effet, aux troubles de la sensibilité signalés en pareils cas par MM. Terrier et Quenu, et déterminés par la compression nerveuse due aux vasa-nervorum.

Je prescrivis comme traitement un peu d'Hamamelis virginica à l'intérieur en raison de l'existence des varices, puis des frictions à l'alcool camphré sur le membre malade, et des bains sulfureux.

Lorsque je revis Mme G... huit jours après, la sensation de fourmillement s'était légèrement atténuée, mais les troubles de la sensibilité persistaient. »

OBS. 25 (P. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE). — « Le malade, un médecin, est atteint depuis sept à huit ans, et c'est surtout depuis deux ans que les phénomènes douloureux se sont accentués. Mais, et c'est là le point sur lequel nous voulons attirer l'attention, les douleurs ne surviennent ni dans la marche même forcée, ni même dans l'exercice de la bicyclette poussé très loin. C'est la station debout, même peu prolongée, le *piétinement*, qui a la propriété de les provoquer ; et il suffit alors que le malade s'asseye quelques instants pour que l'engourdissement douloureux qui s'est produit sous cette influence se dissipe très rapidement. »

OBS. 26 (FREUD, tiré de SABRAZÉS). — Observation personnelle de Freud, de Vienne, publiée par lui :

Agé de 39 ans, il ressent, depuis 7 ans environ, les troubles sensitifs décrits par M. Bernhardt ; ils se sont montrés à la partie supérieure et externe de la cuisse droite, peut-être comme conséquence de douches froides. La localisation est celle décrite par M. Bernhardt, elle occupe la partie externe et antérieure de la cuisse, depuis le grand trochanter jusqu'au genou. Le malade a la sensation d'une peau étrangère surtout pendant la marche ; à cette sensation vient alors se superposer celle d'un picotement bref, perpendiculairement à la peau, et même une douleur assez vive au contact du linge, troubles de sensibilité rappelant ceux que l'on rencontre au cours du tabes. Il n'existe aucune modification dans l'état du membre inférieur. L'auteur considère que chez lui l'affection a été à la fois régressive et progressive parce qu'elle a

siégé au début plus près du bassin et qu'elle a marché vers l'extrémité inférieure de la cuisse. Les troubles occupent maintenant, comme dans un cas de M. Bernhardt, une surface grande comme une soucoupe, tandis que les régions supérieures de la cuisse, primitivement atteintes, sont actuellement tout à fait indemnes. Dans la sphère aujourd'hui paresthésique, le plissement de la peau est plus douloureux qu'à gauche. Les piqûres sont perçues avec plus d'acuité et déterminent une sensation de brûlure. Dans l'étendue de ce territoire il existe quelques zones analgésiques. La chaleur est moins bien perçue que le froid. Les examens antérieurs de la sensibilité objective avaient permis de constater des troubles plus marqués.

Obs. 27 (FREUD). — Cette observation, analogue à la précédente, est relative à un malade syphilitique depuis deux ans et qui présentait, en dehors d'une inégalité pupillaire, des douleurs violentes pendant la marche ; l'auteur ne pense pas se trouver en présence de manifestations tabétiques.

Obs. 28 (FREUD). — Un autre homme, âgé de 50 ans, attribuait le début de son affection aux émotions que lui avait causées la maladie de son fils ; il accusait des troubles paresthésiques dans des régions presque symétriques des deux cuisses.

Obs. 29 (ROSENBERG). — C'est le cas d'une femme âgée de 58 ans qui présente tous les symptômes classiques de la meralgie paresthésique, sans rien de particulier.

Obs. 30 (ESCAT, *Revue Neurologique*). — C'est sa propre observation qu'il rapporte : « Le début de l'affection remonte à 13 ans, j'avais alors 48 ans.

Pendant le mois de septembre de l'année 1883, passant les vacances à la campagne, je me rendais quelquefois à pied à Toulouse ; or, après 300 mètres de marche environ, toujours au même endroit de la route, j'éprouvais dans le tiers inférieur de la face externe de la cuisse droite, sur une surface grande comme la paume de la main, une sensation étrange, une sorte d'engourdissement en surface qui gagnait la peau de la région et était bientôt suivi d'une sensation de brûlure ; la plaque s'étendait ensuite excentriquement. Puis au bout de 100 mètres environ sans avoir éprouvé le moindre trouble moteur, la moindre gêne de la locomotion, les symptômes allaient s'atténuant en surface et en intensité, le rayon de la plaque se réduisait progressivement et 100 mètres plus loin tout avait disparu, et je continuais ma marche de 7 kilomètres sans que le phénomène se reproduisît.

Une ou plusieurs semaines après ces débuts (il m'est impossible de préciser davantage), je commençai à éprouver en dehors des crises,

dans le centre de la surface où se manifestaient les troubles sensitifs, de véritables *coups d'aiguille* superficiels, un, deux, trois coups extrêmement vifs, mais d'une telle rapidité que j'ose à peine les qualifier de douloureux. Je reconnais cependant que si leur durée eût été plus longue ils eussent été insupportables.

Je n'attachai d'abord aucune importance à ces symptômes peu gênants, mais je fus bientôt frappé par leur répétition peu après le début de la marche et surtout pendant la marche prolongée. Lorsqu'il m'arrivait de longtemps stationner avec une personne qui m'arrêtait dans la rue, de rester debout dans une assemblée, dans une église, d'accompagner quelqu'un qui me forçait à marcher très lentement, de suivre un enterrement, les troubles sensitifs se manifestaient toujours de la même façon au bout d'un quart d'heure environ.

Au contraire pendant la marche accélérée et pendant la course, assis ou couché, je n'éprouvais rien de semblable.

L'engourdissement cutané s'étendait progressivement, commençant toujours par le même point et finissait par occuper toute la face externe de la cuisse droite jusqu'à la région trochantérienne.

Comme Næcke, j'éprouvais la sensation de tension dans toute la région du fascia lata, la peau me semblait comme empesée, sclérodermisée, recouverte d'un cuissard de carton. La peau de la fesse a toujours été indemne.

Au bout de quelque temps, seulement, un mois environ autant que je puis me le rappeler, explorant avec la main le tiers inférieur de la face antéro-externe de la cuisse, je m'aperçus que la sensibilité tactile dans cette région, sans être abolie, présentait une modification très anormale. Je sentais la peau épaisse en la frôlant avec le doigt ou la main. Il semblait que la sensation tactile se faisait à travers une lame de carton. Il est vraiment intéressant de constater que Næcke et Freud ont observé sur eux-mêmes le même symptôme ; la peau de la région leur paraissait recouverte de fourrure de coton ou encore d'une peau étrangère vivante.

Ces comparaisons peuvent certainement traduire l'impression que j'éprouvais et que j'éprouve encore, mais je ne puis mieux la faire saisir qu'en la comparant à l'anesthésie produite par une injection hypodermique de cocaïne, moins toutefois l'analgésie comme nous le verrons plus loin.

Il existait donc là une plaque où le sens tactile était profondément obtus ; mais cette plaque était entourée d'une auréole de transition au niveau de laquelle on constatait une modification qualitative autant que quantitative de la sensibilité au contact, une véritable perversion ; en effet, si avec la pointe d'un crayon j'effleurais légèrement la peau dans le centre de la région, j'éprouvais la sensation signalée par Næcke et Freud, mais si je la portais sur la périphérie de la plaque, la sensation était moins obtuse ; si en outre je trainais la pointe sur la peau en appuyant très légèrement, j'éprouvais sur la ligne tracée un four-

millement qui se manifestait peu après le contact et persistait deux ou trois secondes après lui.

Sur toute la plaque la sensibilité à la douleur était exagérée ; a piqure d'une aiguille, même très superficielle provoquait une douleur très vive qui s'irradiait à toute la région.

La pression directe sur la peau exercée avec la pulpe de l'index provoquait une sensation à peu près normale, mais le pincement, je dois dire plutôt le plissement simple de la peau sans pression entre le pouce et l'index éveillait une douleur extrêmement vive et insupportable.

En 1885, je fis mon volontariat dans l'infanterie, je pris part à tous les exercices, marches d'épreuve, aux manœuvres d'automne sans la moindre gêne. Cette année-là les symptômes semblaient s'être un peu atténués ; la fatigue proprement dite n'a jamais exagéré le mal qui se réveillait au contraire par la station prolongée, à l'occasion surtout des revues ; après dix minutes ou un quart d'heure d'immobilité dans le rang, l'engourdissement se produisait, puis la sensation de brûlure et de tension, mais toujours à un degré très supportable.

En 1886, je commence mes études médicales. Pendant plus de trois ans l'affection reste stationnaire.

En 1889, j'entre externe dans le service de Charcot. Pendant l'année que je passai à la Salpêtrière, j'espérais voir défilér un jour à la consultation du mardi un malade atteint comme moi ; j'attendis en vain. D'autre part n'ayant jamais vu rapporter dans les traités ni dans les publications de neurologie un cas comparable au mien, je pensai qu'il s'agissait d'un cas exceptionnel, mal défini et je ne crus pas devoir en parler au grand maître.

Il est courant en observation clinique, même chez les esprits les plus indépendants, de mettre sur l'état mental du malade les sensations qu'il accuse quand ces sensations sortent du cadre des descriptions classiques. Je me garderai de critiquer cette méthode que je pratique moi-même comme les autres ; en effet, dans une maladie où tous les symptômes sont subjectifs, deux cas au moins sont nécessaires pour fixer l'attention d'un observateur.

Il m'était pénible de jouer le rôle du malade qui dit éprouver des symptômes extraordinaires qui n'ont encore été observés chez aucun autre : on est toujours sûr d'être écouté avec scepticisme, quand on n'est pas classé parmi les cérébraux. Mes confrères comprendront aisément comment j'ai passé un an à la Salpêtrière et trois ans comme interne dans les asiles de la Seine sans parler à aucun de mes maîtres de mon affection ; elle était d'ailleurs si peu incommodante ! Je ne ménageai point cependant mes confidences à mes camarades et depuis à bien des confrères.

A la Salpêtrière, j'en parlai incidemment à Souques et à Parmentier alors internes de la clinique, qui prêtèrent peu d'attention à mon cas ;

ils n'en ont probablement aucun souvenir à l'heure actuelle, pas plus que bien d'autres internes des hôpitaux à qui j'en fis part pendant que j'étais provisoire.

Mes notions de neuro-pathologie suffirent néanmoins pour me rassurer sur mon cas qui ne répondait à aucun type nosographique. Les symptômes qui le caractérisaient ne me parurent pas inquiétants, n'étant propres à aucune névrose ni à aucune maladie organique du système nerveux.

A un moment donné je crus voir dans mon affection une de ces topoalgies neurasthéniques étudiées par P. Bloch ; puis je m'arrêtai définitivement à l'idée d'une névrite que je localisai dans le fémoro-cutané et depuis ce jour je crus sage de ne pas apporter plus de précision dans le diagnostic.

Les symptômes s'étaient enfin amendés à un tel point que j'avais fini par ne plus m'occuper de mon mal, lorsqu'en 1890, étant interne à l'asile de Ville-Evrard, j'eus une recrudescence ; les troubles sensitifs reparurent à l'occasion de la marche lente et prolongée, les circonstances m'obligeant à ce moment-là à circuler dans Paris plus que d'habitude.

Après une heure environ de marche, le tiers inférieur de la face antéro-externe de la cuisse droite était pris d'abord d'engourdissement, bientôt après de sensation de brûlure très vive. Au bout de dix minutes environ, la plaque brûlante était étendue à toute la surface externe de la cuisse jusqu'à la ceinture ; elle devenait alors mordicante et son intensité était telle que j'étais forcé de m'arrêter pour m'asseoir.

Sitôt assis un soulagement extrême se produisait instantanément ; après cinq minutes les phénomènes douloureux avaient cessé et je pouvais reprendre ma marche.

Une heure après j'étais repris et obligé de m'arrêter de nouveau ; la crise se renouvelait ainsi jusqu'à cinq ou six fois dans une après-midi.

A cette époque je remarquai, dans l'intervalle des accès douloureux, que la région de la cuisse gauche présentait à l'exploration, bien qu'infinitement plus atténués, les mêmes troubles de sensibilité. Il existait également sur la face interne des deux cuisses à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur une petite plaque de paresthésie de forme ovulaire, mais jamais de phénomènes douloureux dans ces régions.

Cette crise dura trois semaines ou un mois environ, elle marque incontestablement l'apogée de l'affection.

Mais depuis cette époque le mal est allé en diminuant ; les coups d'aiguille du début, la sensation de brûlure ne se sont pas reproduits ; les plaques de paresthésie de la cuisse gauche et les deux petites plaques de la face interne des cuisses n'existent plus.

Seule la grande plaque primitive de la face externe de la cuisse droite persiste mais considérablement réduite ; elle est tout au plus grande comme la paume de la main, localisée au tiers inférieur par où d'ailleurs elle avait débuté.

J'éprouve encore quelquefois à l'occasion de la marche lente et surtout de la station prolongée, de l'engourdissement en surface qui s'étend un peu au delà du périmètre constant de la plaque et c'est tout. L'examen objectif de la sensibilité est toujours le même, mais point de douleurs spontanées.

Il y a 13 ans, avant de commencer mes études médicales, je fis des frictions térébenthinées et j'appliquai un petit vésicatoire sur le tiers inférieur de la face antéro-externe de la cuisse ; l'effet thérapeutique fut absolument nul.

Depuis lors je n'ai tenté aucune médication, et je peux dire que le mal était si peu gênant que j'étais plus préoccupé de préciser le diagnostic que de découvrir un traitement. Je fais en somme très bon ménage avec ma méralgie et il est probable que je ne ferai jamais rien contre elle si elle ne m'incommode pas plus qu'elle ne l'a fait jusqu'à ce jour.

Obs. 31 (ESCAT). — La seconde observation rapportée par M. Escat est relative à une femme de 53 ans, obèse, atteinte, quelques mois après sa ménopause survenue il y a 10 ans, de méralgie de la face externe de la cuisse droite. Après une station debout prolongée, elle éprouve un engourdissement qui commence en un point bien limité, toujours le même, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse ; cet engourdissement se transforme bientôt en fourmillements qui s'étendent comme une tache d'huile à toute la région antéro-externe de la cuisse jusqu'à la hanche ; si la station debout est prolongée, une sensation de brûlure apparaît, dont le maximum siège au point sus-indiqué ; il peut se produire aussi, à ce niveau, des sensations de piqures d'aiguille. Tous ces signes s'amendent et disparaissent dans la position assise ou allongée. En dehors des accès la région est paresthésique ; quand la malade passe la main dessus il lui semble que la palpation s'exerce à travers une étoffe. L'affection est progressive. La face interne de la cuisse droite est plus variqueuse que celle du côté gauche.

Obs. 32 (DÉVIC, *Province médicale*, Lyon). — « Le malade, ouvrier tonnelier, ressentait après une fatigue, dans la région antéro-externe de la cuisse, une sensation analogue à celle que lui aurait procurée son pantalon s'il avait été mouillé et adhérent à la peau, sans qu'il y eût d'ailleurs de modification de la sécrétion sudorale à ce niveau. Cette sensation n'empêchait en rien l'exercice de sa profession, elle était spécialement marquée le soir quand cet homme avait passé une partie de sa journée à encaver des fûts de vin, c'est-à-dire quand la cuisse avait subi longtemps le frottement des tonneaux glissant contre elle.

Les sensations de contact étaient manifestement diminuées et les piqures d'épingle perçues d'une façon un peu plus obtuse que du côté sain. Il n'y avait pas de troubles bien prononcés de la sensibilité ther-

mique, mais, de même que chez M. Freud, le contact des corps chauds était moins correctement perçu et apprécié que celui des corps froids, il n'y avait aucune zone d'anesthésie absolue.

A l'exploration digitale il y avait une légère douleur. Cette douleur était surtout marquée quand on cherchait à introduire la pulpe du doigt à la face interne de l'os en contournant l'espace situé entre les deux épines iliaques antérieures. A ce niveau on constatait, comparativement à l'autre côté, un certain degré d'épaississement du périoste, en un point assez limité n'empiétant pas du tout le long de la crête iliaque. Il était d'ailleurs assez difficile de dire si la pression était douloureuse sur le périoste ou sur le nerf lui-même ; on ne retrouvait aucun point douloureux le long de la cuisse sur le trajet du filet nerveux.

Le début a été assez lent ; au bout de deux mois, les phénomènes avaient atteint leur entier développement ; la période d'état dura environ deux mois et, un mois plus tard, quand je l'ai vu pour la dernière fois, ils avaient notablement diminué.

Je prescrivis d'abord le repos et les badigeonnages à la teinture d'iode qui semblèrent augmenter plutôt les malaises. Au bout d'un mois environ je lui conseillai d'avoir recours : 1° à l'application de compresses locales, imbibées d'eau chaude et fréquemment renouvelées ; 2° à des onctions à l'acide salicylique. Au bout de cinq semaines, les troubles de la sensibilité s'étaient fortement amendés, je ne puis dire quel a été le résultat final l'ayant perdu de vue depuis plus d'un an. »

Obs. 33 (Destor, *Lyon médical*). — « Il s'agit d'un homme de 57 ans qui, brusquement à la suite d'un accident de tramways ressentit des douleurs intolérables dans le domaine du nerf fémoro-cutané du côté gauche ; ces douleurs persistent depuis cinq mois et s'accompagnent d'un léger degré d'atrophie musculaire (2 centimètres de moins à gauche qu'à droite). Aucun trouble dans les réactions électriques. Le malade ne présentait aucun antécédent, et on aurait pu croire, étant donné le siège insolite des douleurs, soit à une simulation, soit à de l'hystérie traumatique ; il était, en effet, difficile de se défendre contre le soupçon, le malade demandant une indemnité à la Compagnie des tramways. Néanmoins l'existence de l'amyotrophie, le siège de la délimitation des douleurs montrent qu'il s'agit d'un cas rentrant dans les faits signalés par Bernhardt. C'est une paresthésie du nerf fémoro-cutané d'origine traumatique. »

Obs. 34 (Næcke). — M. Næcke rapporte sa propre observation :

Comme il descendait les marches d'un escalier, il fit un faux pas du pied droit, et éprouva dans la profondeur du bassin, une douleur vive qui dura environ deux à trois heures. Quatre à cinq jours plus tard

alors qu'il ne pensait déjà plus à cet accident, il ressentit à la partie supérieure de la cuisse droite un tiraillement profond. Dans certaines positions de la jambe, ou après d'assez longues marches, il lui semblait que les muscles de la cuisse se raccourcissaient ou que les aponévroses étaient anormalement tendues, et cependant on ne constatait ni douleurs même à la pression, ni fourmillements. En promenant la main sur l'extrémité de la cuisse droite, toute la région de la cuisse, du grand trochanter au condyle externe, était, jusque vers la ligne médiane du membre, comme morte ou bien doublée d'une peau étrangère. Pendant la marche, il n'existait aucune paresthésie, malgré le frottement constant des vêtements contre la cuisse; ce n'est qu'en se déshabillant que l'auteur se rendait compte de ces sensations anormales.

Les piqûres d'épingle, les pincements superficiels ou profonds étaient perçus, mais moins nettement qu'à gauche. Il ne survint à la suite aucun trouble trophique, aucune modification de l'état général ni des fonctions vésicales et intestinales. Après une durée de trois mois, sous la seule influence de frictions alcooliques et du massage, la paresthésie disparut presque complètement : il ne subsista d'elle qu'une vague sensation impossible à définir.

Obs. 35 (KNAUER). — Cette observation et les deux suivantes sont tirées de Sabrazès :

Homme de science, âgé de 36 ans, non syphilitique, atteint depuis douze ans. Etant soldat, le frottement du sabre produisait des douleurs sur les parties supéro-externes de l'extrémité supérieure des cuisses, surtout dans les longues marches. Depuis lors, il se fatiguait plus vite de la cuisse gauche ; il y éprouvait, vers la racine, des sensations sourdes et douloureuses, surtout vives après la marche, qu'elles rendaient difficile, et, au moment où le malade s'asseyait, les plissements et pincements de la peau étaient moins bien ressentis que du côté opposé. Ces troubles ayant été précédés de quelques contractions fibrillaires, on pensa à du rhumatisme musculaire.

C'est un homme corpulent, un peu alcoolique, menant une existence sédentaire, ressentant à la partie supéro-externe de la cuisse gauche des sensations paresthésiques qu'il compare au frottement d'une brosse en fil de fer pointu ; ces sensations ont le caractère de brûlures après les longues marches. Tantôt le malade faisait de longues promenades sans beaucoup souffrir, tantôt il était plus incommodé dans la station assise ou couchée. En dehors de ces circonstances particulières, il persistait *in situ* une sensation de fourrure.

A l'inspection comme à la mensuration, il n'existe pas de différences dans le volume respectif des deux cuisses. On note de l'hypoesthésie tactile, thermique et à la piqûre sur la plaque ; la piqûre n'est ressentie que si le malade est prévenu. Le réflexe d'Erb est diminué. Aucun signe de tabes ni de toute autre maladie cérébro-médullaire. Au bout

de six mois, une amélioration marquée avait succédé à l'administration de douches froides de courte durée.

OBS. 36 (KNAUER). — Il s'agit d'un homme de 43 ans, employé, alcoolique, qui, dans les promenades à pied dont il abusait pendant les vacances, avait constaté que l'extrémité supérieure de sa cuisse droite se fatiguait plus vite que celle du côté opposé. De plus, après des courses prolongées, il avait là une sensation « d'écorché » ; il existait en outre des points de cryesthésie sur la plaque parasthésique. Depuis quelque temps, pendant la marche ou la station debout prolongées, il lui semble que la sensibilité s'émousse sur la zone malade. Tous ces phénomènes sont gênants mais n'empêchent pas les mouvements du membre. Actuellement, des douleurs brûlantes apparaissent dans la station debout et la marche. Etant assis, le malade ressent quelquefois comme une sensation d'éponge vers le milieu externe de la cuisse, sensation qui s'exaspère après des excès d'alcool ; dans le même point, diminution de la sensibilité sous tous ses modes. Rien de spécial dans le reste du système nerveux ; sous l'influence du massage et des frictions sèches, il s'est produit une amélioration légère.

OBS. 37 (KNAUER). — Femme de 22 ans, qui, à la suite de ses couches, a eu une fièvre typhoïde grave ; cette maladie, suivie d'une récurrence, maintint la malade alitée fort longtemps ; des névrites multiples s'en suivirent, avec paralysie des péroniers et parésie passagère des sphincters de la vessie et de l'anus. Puis les deux membres inférieurs s'atrophient, les réflexes sont abolis, des troubles parasthésiques se montrent caractérisés par des brûlures après les mouvements, accompagnés d'hypoesthésie au tact et de retard dans la sensibilité à la douleur. Ces symptômes siègent à la partie supérieure des deux cuisses. Quatre mois après, survient une grande amélioration ; il persiste encore de la faiblesse à la partie supérieure de la cuisse droite où la malade ressent une sensation de fourrure et de brûlure. Objectivement, il y a de l'hypoesthésie tactile et de l'hypoalgésie dans une zone ovale s'étendant de la région inguinale au bord supérieur de la rotule. La parasthésie et les douleurs se sont atténuées sous l'influence du pinceau électrique et du massage ; la sensibilité tactile a reparu.

OBS. 38 (KNAUER). — Homme âgé de 43 ans qui, depuis plus d'une année, éprouve, à l'extrémité supérieure de la cuisse droite, des douleurs brûlantes, répétées, analogues à celles qui succèdent à une contusion ; ces douleurs inconstantes disparaissent souvent. Le malade accuse, comme cause probable de son affection, la pression déterminée sur l'extrémité supérieure de la cuisse droite par des fardeaux qu'il porte sous le bras droit. Le réflexe rotulien est affaibli, les autres réflexes cutanés, muqueux et tendineux sont normaux. Il n'existe pas de

signe de Romberg. La sensibilité à la température est un peu diminuée ; les autres modes de la sensibilité sont respectés.

Obs. 39 (LUZENBERGER, 1896). — Il publie sa propre observation : il y a 5 ans, il s'est fait une contusion de la cuisse gauche qui disparut après quelques jours. Il y a huit jours, après une amygdalite, apparition à ce niveau d'une sensation particulière sur une étendue de la largeur d'une assiette ; à 2 travers de doigt en dehors de la ligne médiane, à 7 centimètres au-dessus de la rotule et à 24 centimètres de la crête iliaque, se trouve la surface malade, limitée en arrière par une ligne allant du grand trochanter à la tête du péroné. La cuisse lui semble être entourée d'une bande à ce niveau. Les frottements du pantalon donnent comme un pincement diffus de la région. Hyperesthésie au toucher et à la piqure.

Obs. 40 (BEDUSCHI, *Tribuna medica*). — Femme âgée de 50 ans, sans antécédents héréditaires. Elle a deux frères qui ont souffert longtemps d'ischialgie.

La malade a eu dans son enfance les maladies ordinaires à cet âge. Elle a été réglée à 12 ans et depuis toujours régulièrement. Mariée à 18 ans elle a eu quatre enfants et une fausse couche. Elle a eu, il y a 10 ans, une névralgie orbitaire, puis en 1889 l'influenza et ensuite une névralgie sciatique gauche, qui de temps en temps se fait encore sentir. Elle a eu de grandes souffrances morales, et en ces derniers temps, se trouvant dépourvue, elle se nourrissait de façon insuffisante.

Depuis 4 mois environ, elle souffre d'une sensation douloureuse toujours localisée à la cuisse droite, et plus spécialement à la région antérolatérale, jusqu'au genou ; c'est une sensation qu'elle ne peut bien définir, et qu'elle compare à une brûlure assez vive pour déterminer une forte douleur lorsqu'elle commence à marcher ; la marche ne fait qu'augmenter la douleur. Si elle s'assied, la douleur disparaît presque instantanément et ne se fait plus sentir de façon spontanée tant que le membre inférieur est en repos.

A part cela, aucun autre phénomène morbide.

Etat actuel. — C'est une femme de moyenne taille, à squelette régulièrement développé, assez grasse. La peau est de couleur pâle. A l'examen, pas de ganglions lymphatiques accessibles. Muqueuses décolorées.

Appareil respiratoire. — Rien à la vue, au palper ni à la percussion : à l'auscultation, quelques râles à la partie moyenne du poumon, en arrière, à droite et à gauche.

Appareil circulatoire. — Rien d'anormal au cœur ni aux vaisseaux.

Appareil digestif. — Rien à signaler.

Système nerveux et musculaire. — Sens spécifiques normaux. Hypermétropie. Sensibilités cutanée, tactile, thermique, à la douleur normales. Sens musculaire intact. Pas d'atrophies.

Elle marche en boitant ; le membre inférieur droit est traînant, et le poids du corps, légèrement incliné en avant et à gauche, se trouve porté sur la jambe gauche.

La force musculaire est régulièrement répartie entre les membres supérieurs et pour le membre inférieur gauche ; on ne peut faire l'examen au dynamomètre à cause de la douleur provoquée par le mouvement.

Réflexes pupillaire, pharyngé, cutanés, tendineux normaux. Sensibilité à la chaleur normale. Pas de troubles psychiques. Rien dans les urines.

OBS. 41 (PIERACCINI, *Settimana medica*). — Homme âgé de 50 ans, habitant la campagne, robuste et souple comme un jeune homme, sans tares nerveuses.

Il se plaint d'une douleur à la cuisse gauche, douleur datant de longtemps, et qui, parfois spontanée, se fait le plus souvent sentir dans la marche, de manière à l'empêcher parfois de pouvoir continuer sa route. Contre ces douleurs, le malade avait inutilement essayé de nombreux moyens thérapeutiques. La déclaration du malade était la suivante : « Aucun médecin n'est jamais arrivé à rien ». Et le fait de l'intermittence de la douleur, qui se produisait le plus souvent dans la marche, et s'exacerbait jusqu'au point de déterminer d'abord de la claudication, ensuite l'impossibilité de marcher, était en effet de nature à rendre difficile l'explication du phénomène (Pieraccini, *loc. cit.*).

OBS. 42 (PIERACCINI). — Il s'agit ici d'une jeune Florentine, sans antécédents nerveux, qui ressent pendant la marche de vives douleurs dans la cuisse. Ces douleurs sont calmées par le repos. Il existe à l'examen objectif un peu d'hypoesthésie dans le domaine du fémoro-cutané.

OBS. 43 (PIERACCINI, *Tribuna medica*). — Femme âgée de quarante ans. Les sensations douloureuses sont également ressenties pendant la marche, et de façon assez vive pour déterminer de la claudication. La maladie, qui siège à la cuisse droite, date de dix ans ; toute la face antéro-latérale de la cuisse est intéressée, et la paresthésie descend jusqu'au genou. La malade déclare sentir comme morte la face externe de la cuisse, où existe cependant une légère hyperalgie sans autres troubles objectifs.

La douleur tourmente toujours plus ou moins la malade sous forme de sensation agaçante, et sa claudication l'empêche de marcher beaucoup.

OBS. 44. — Cette observation et les quatre suivantes ont été rapportées par M. STEMBO (tiré de SABRAZES et CABANNES).

Femme de 25 ans, réglée à 18 ans, qui a eu 5 grossesses ; au cours

de la dernière, elle s'est aperçue que la sensibilité s'émoussait à la surface antéro-externe de l'extrémité supérieure de la cuisse gauche, région qui devenait le siège de sensations de brûlure et de piqure dans la marche et la station debout. Pendant le repos, les phénomènes diminuaient de violence sans disparaître ; il en était de même pendant la flexion de la cuisse. La sensibilité tactile est diminuée dans le territoire du fémoro-cutané, il existe comme une sensation de corps étranger interposé.

Obs. 45 (*id.*). — Médecin de 60 ans, habituellement constipé, sans antécédents syphilitiques ni alcooliques ; a été exposé à de grandes fatigues physiques, pendant qu'il était médecin militaire. Depuis plusieurs années, la partie supéro-externe de la cuisse gauche est presque insensible sur une zone grande comme la paume de la main ; en ce point, se montrent des fourmillements et des brûlures pendant les fatigues physiques ou psychiques. Le nerf fémoro-cutané est douloureux au niveau de l'épine ; la plaque est hypoesthésique. L'amélioration a suivi l'électrisation sous forme de courants continus (4 à 5 milliampères) et de franklinisation.

Obs. 46 (*id.*). — Femme de 25 ans, couturière, régulièrement réglée depuis quinze ans, n'a eu dans ses antécédents que la rougeole. Il y a un an, dans le domaine du fémoro-cutané externe gauche, sensation de brûlure et de piqure insupportables pendant la marche et la station debout, s'exacerbant avant et après l'époque des menstrues. Le repos, la station assise ou couchée calment les douleurs qui reparaissent par l'extension de la cuisse. Le fémoro-cutané externe n'est pas douloureux à la pression, mais la sensibilité est diminuée dans son territoire. L'excitabilité électrique des muscles et des nerfs est conservée. La malade n'est pas hystérique.

Obs. 47 (*id.*). — Jeune homme de 16 ans, écolier, sans antécédents notables ; il éprouve, depuis deux ans, des douleurs assez violentes dans la région antéro-externe et supérieure de la cuisse droite ; ces douleurs se calment dans la station assise ou couchée ou dans la marche rapide. Quelquefois elles s'atténuent et, à leur place, persiste une sensation désagréable de sensibilité émoussée.

Obs. 48 (*id.*). — C'est la propre observation de M. Stembo. En décembre 1893, il fut projeté violemment hors de sa voiture en descendant une côte. Il perdit connaissance quelques instants ; dans sa chute, il s'était fait quelques petites érosions au front et au bras et une grande plaie au genou gauche. Il s'alita quelques jours. Pendant deux à trois semaines, le membre inférieur gauche se raidissait dans la marche et le triceps crural du même côté s'atrophiait. Peu après, la peau lui sem-

blait engourdie dans le territoire du fémoro-cutané gauche et, quand il gravissait un escalier, montait en voiture, ou bien quand il était mal assis sur le siège, il ressentait au même point des piqûres multiples. Jamais il n'éprouva de douleurs à l'occasion de la marche ou de la position couchée. Cet état est allé s'améliorant au point d'être actuellement supportable. La sensibilité au froid, au chaud, au contact est diminuée ; il en est de même de la sensibilité électrique de la peau. Le côté opposé, où n'ont jamais existé de sensations paresthésiques, se montre hyposthésique à un examen minutieux.

OBS. 49 (VENTURI, *Riforma medica*). — Homme âgé de 44 ans, sain, robuste, sans affection organique antécédente, de tempérament nerveux et qui prit la syphilis il y a vingt ans environ. Il fut pris par la maladie en décembre 1893, à l'improviste pendant qu'il se tenait debout. Depuis, sauf rémissions entre les accès, il ressentit la même souffrance presque toutes les fois qu'il fut obligé, ou à se tenir longtemps debout, ou à marcher lentement. C'est une chaleur brûlante dans la région cutanée externe de la cuisse droite. Au début, la souffrance était limitée à la région inférieure ou moyenne de la cuisse. Depuis elle a envahi toute la région externe, de 3 doigts au-dessus du genou jusqu'à environ 4 doigts au-dessous de la région trochantérienne et dans la largeur d'une paume de main ; la sensation de brûlure est vive, semblable à celle d'une piqûre d'épingle ; elle coexiste avec la sensation d'engourdissement de la peau ; la sensibilité à la douleur et à la chaleur est normale ; la sensibilité tactile est un peu affaiblie ; la disparition soudaine de la brûlure se produit lorsqu'on porte le corps sur la jambe gauche ou que le sujet s'assied ou s'étend dans son lit. Le frottement de la main sur la cuisse fait cesser momentanément la sensation de brûlure.

Aucune maladie concomitante.

Le sujet rapporte qu'il y a vingt ans, quelques mois après avoir attrapé la syphilis, ce dont il fut très affecté, il eut pendant un an, de temps en temps, sur la région interne de la cuisse droite, une sensation d'humidité comme si de l'eau lui était tombée goutte à goutte sur la cuisse. Tellement que plusieurs fois il fut amené à regarder si par hasard il n'avait pas laissé échapper quelques gouttes d'urine.

OBS. 50 (VENTURI). — Malade âgé de 62 ans, notaire, non syphilitique, obèse, non éthylique, menant une vie tranquille sans être jamais exposé à une cause morbigène extraordinaire ou au froid humide.

Il fut pris, il y a vingt ans, de la maladie en question.

Il fut saisi à l'improviste d'une sensation de froid dans la région cutanée externe de la cuisse droite, s'étendant depuis le genou jusqu'aux environs du grand trochanter. La largeur de la région refroidie était d'environ 3 doigts, le long du trajet du nerf fémoro-cutané externe. La

sensation de froid le saisit toujours toutes les fois qu'il fut assis, soit en hiver, soit en été, sans avoir jamais eu une période de rémission durant vingt années, ou à peine notable ; la sensation apparaît quelques minutes après qu'il s'est assis et disparaît aussitôt que le sujet se met debout. Au lit et dans la position étendue il ne ressent rien. La sensation de froid, il y a trois ans, était intense ; depuis trois ans environ, c'est-à-dire depuis qu'il s'est soigné par les bains chauds, elle est modérée et supportable. Il dit que, pour diminuer cette sensation douloureuse, il a appris par expérience à couvrir la partie malade avec un mouchoir en été, et avec une étoffe épaisse en hiver. Rien d'anormal comme sensation douloureuse ou brûlante dans aucune région.

Aucune maladie concomitante.

Soumis à un examen soigné, le malade a donné les résultats suivants :

La sensibilité est normale au froid et au chaud, tant dans la région externe de la cuisse droite que dans son homologue du côté opposé ; normales également des deux côtés les sensibilités tactiles, musculaires, douloureuses, électriques, à l'humidité et au sec. Dans la sensation de froid l'humide et le sec sont bien distingués, non toutefois avec une aussi grande facilité que, lorsque se tenant debout, il n'a pas la sensation de froid. Pendant que celle-ci existe, la chaleur lui paraît comme mitigée par le froid et comme si on plaçait dans la région avoisinante une plaque de fer chaud.

La nutrition musculaire est normale et égale des deux côtés ; la couleur de la peau également ; une piqûre d'épingle est ressentie là comme partout ailleurs. Le massage de la région, pratiqué pendant la sensation de froid, la fait diminuer momentanément.

Les réflexes cutanés et patellaires sont normaux. Depuis 3 ans environ, le malade ressent 5 ou 6 fois par an une douleur névralgique qui dure quelques jours et qui s'étend depuis la région lombaire droite jusqu'à l'aîne du même côté.

Des bains et du massage prescrits dans ce cas ont atténué la maladie, mais sans la guérir.

OBS. 51 (DOPFER, thèse de Lyon). — X..., boulanger, âgé de 22 ans. Entre à l'hôpital militaire Desgenettes pour goitre épidémique.

Rougeole dans son enfance. Psoriasis. Urticaire. Alcoolique. Pas de syphilis, pas d'hystérie ni d'épilepsie. Hémorroïdes légères.

Histoire de la maladie. — Depuis l'âge de dix ans, le malade se plaint de douleurs dans la région de la cuisse droite alors qu'il avait beaucoup marché ou était longtemps resté debout. L'affection, d'après lui, serait venue insensiblement, peu à peu sans qu'il puisse l'attribuer à une cause ou à une autre.

Quand le malade est au repos, il ne ressent rien de particulier ; pas d'anesthésie subjective ; quand il a marché pendant quelque temps, il

éprouve une sensation désagréable de chaleur et de cuisson en des points qui se déplacent le long de la face externe de la cuisse dans le territoire du fémoro-cutané. De plus, le frottement des vêtements donne une sensation de fourrure, de duvet, de peau morte interposée entre le tégument et les vêtements, frottement qui exagère la cuisson.

Nous avons fait courir le malade dans la cour de l'hôpital, nous l'avons examiné aussitôt qu'il est remonté dans la salle. Il a été très affirmatif sur ce qu'il éprouvait.

Quand il se repose de cette fatigue, il ressent la même chaleur cuisante pendant une heure environ s'il reste dans le décubitus dorsal ; elle disparaît en cinq minutes environ s'il s'assoit.

Examen objectif. — La sensibilité au contact est peu modifiée ; elle est un peu obtuse cependant.

La sensibilité au froid est notablement diminuée du côté malade.

La sensibilité à la douleur est conservée. Le pincement est mal supporté dans la région malade.

Inégalité pupillaire.

Pas d'atrophie, ni de contractures, pas de tremblement. Pas de troubles trophiques.

Les réflexes sont normaux.

Les troubles sensitifs n'existent pas dans la région fessière.

Le malade a quelques varices aux membres inférieurs.

L'exploration électrique a été pratiquée chez ce malade (Voir les résultats à notre chapitre « *Symptomatologie* »).

OBS. 52 (DOPTER). — F..., 40 ans. La malade se trouve en traitement à l'hôpital pour une affection de l'estomac. Aucun antécédent personnel ou héréditaire à signaler. Profession : journalière. Quelques varices au membre inférieur gauche.

Examen subjectif. — Depuis une dizaine d'années, la malade prétend ressentir à la face externe de la cuisse gauche, sur une zone s'étendant de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la région moyenne de la cuisse, des douleurs ressemblant à la douleur d'une brûlure, arrivant subitement, mais se prolongeant assez longtemps quand la marche a été exagérée. Cette sensation de brûlure, de cuisson, cesse petit à petit quand elle s'assoit ; tout disparaît en dix minutes.

Au repos, quand la malade est assise, elle ne présente aucune douleur ; quand elle est couchée, la douleur revient fréquemment sans le moindre effort de la malade, identique à celle qui a été décrite plus haut. Dans l'intervalle, elle ressent des fourmillements dans toute la région atteinte.

Elle a remarqué qu'un panier qu'elle porte journellement, appuyé contre la cuisse gauche, renouvelle et exagère par le frottement qu'il occasionne la sensation de brûlure.

Examen objectif. — Peau normale, pas de troubles trophiques. La ré-

gion décrite est absolument anesthésiée pour toute sorte de sensibilité : au contact, au froid, à la chaleur, à la douleur. Elle ne perçoit pas la différence entre le contact d'un doigt ou d'un objet quelconque.

Quand on la touche au moment où elle souffre et qu'elle éprouve cette cuisson qu'elle compare à la brûlure d'un fer rouge, il lui semble alors qu'entre la peau de la cuisse et l'objet qui la touche, il y ait un corps interposé, comme de la plume, suivant son expression ; ou bien c'est une sensation de peau morte.

Une pression très forte sur le trajet du nerf ne réveille au repos aucune douleur, pas même à la sortie du nerf hors de l'arcade de Fallope.

Rien d'anormal du côté du rameau fessier.

Pas d'inégalité pupillaire.

Pas de tremblement, de contractures.

Pas de troubles trophiques.

Réflexes un peu diminués.

On l'a traitée longtemps par les vésicatoires. La sensibilité revenait pendant un jour, puis disparaissait de nouveau.

On essaie l'électricité à l'aide de courants interrompus.

Dans la zone atteinte, l'anesthésie est absolument complète. Aucune sensation d'aucune sorte à ce niveau.

OBS. 53 (DOPTER). — Il s'agit ici d'un cas de meralgie dû à la compression médullaire par un abcès consécutif à un mal de Pott. La lésion osseuse siégeait au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, au lieu d'émergence du tronc nerveux :

Les symptômes qui étaient apparus étaient ceux de la compression lente. Le malade avait éprouvé dans les premiers temps, de l'hyperesthésie produite sans doute par une légère excitation du nerf par les produits d'inflammation méningée ; aucune douleur appréciable n'était survenue, mais au bout de peu de jours, l'hyperesthésie avait fait place à l'anesthésie plus ou moins régulièrement distribuée, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte :

A la partie supérieure, l'anesthésie était presque complète. La sensibilité au contact persistait, mais très amoindrie ; le malade ne pouvait discerner dans cette région une piqure d'un simple frôlement. Anesthésie complète à la température.

Enfin dans la zone inférieure, la sensibilité était revenue, encore bien amoindrie cependant, mais le malade se rendait compte des impressions de contact, de piqure, et enfin pouvait discerner le froid du chaud.

Pas de troubles trophiques, pas d'amyotrophie. La face externe de la cuisse atteinte est légèrement plus froide.

Du côté du rameau fessier, les troubles étaient moins nets. Cependant on trouvait une dysesthésie assez notable ; le contact et la piqure étaient perçus confusément.

OBS. 54 (DOPTER). — Ici la compression nerveuse avait lieu sur le trajet intra-abdominal :

Le malade était atteint d'une tumeur maligne du testicule gauche ectopié. La masse néoplasique, reposant dans le bassin sur le fémoro-cutané, produisait des phénomènes analogues à ceux de l'observation précédente. Ces phénomènes commencèrent à rétrocéder petit à petit après l'ablation de la tumeur. La terminaison fatale empêcha de constater le rétablissement progressif des fonctions du nerf. Les deux rameaux, fémoral et fessier, étaient en cause.

OBS. 55 (WILLIAM OSLER). — Il rapporte l'observation d'un malade, telle qu'elle lui a été communiquée écrite par le malade lui-même. Celui-ci désignait comme début de ses douleurs un moment où il eut à marcher plus que de coutume, pendant l'automne de 1887 :

Débuts. — Le premier symptôme fut une sensation ressentie après la marche, comme si les jambes avaient été recouvertes d'une matière étrangère. En décembre, cette sensation devint si marquée que toute marche la produisait, et le malade s'aperçut alors pour la première fois qu'il devait se reposer, et que du massage des jambes devait être fait pour tenir lieu d'un exercice quelconque.

Pendant l'hiver de 1888, il put se livrer à quelques marches modérées. Mais au printemps intervint un fort épuisement physique, qui continua à augmenter malgré le repos. De singulières sensations dans les jambes coexistaient, difficiles à décrire. Ces sensations ressemblaient à celle que l'on a deux ou trois jours après une brûlure de la peau.

Vers le 15 mai, il fit un voyage en mer. Les sensations de brûlure disparurent, mais la difficulté de locomotion persista, avec la sensation de contracture dans ses articulations ou ses tendons. Il n'y eut pas de tendance du côté de ce symptôme à disparaître, mais il permettait encore une marche d'un demi-mille.

Deuxième étape. — Le 20 mai 1888, étant sorti en promenade, subitement il tomba. Comme il était tard et qu'il était fatigué, il rentra en voiture et se mit au lit.

Le lendemain matin, la jambe gauche était complètement délassée, mais la droite était comme enflammée, et si engourdie et douloureuse, qu'il dut la tenir allongée dans le lit toute la journée. Il consulta le médecin de Pendroit, qui lui prescrivit un sinapisme.

Le lendemain matin, la jambe allait mieux, mais une semaine environ après, une marche de 100 yards produisit une nouvelle crise, qui fit rester le malade au lit pendant 8 jours.

Du 22 juin au 22 septembre 1888, la jambe gauche va bien, mais la droite est en si mauvais état que la marche est difficile.

Symptômes : sensation de lien autour de la cuisse ; fatigue générale dans le membre inférieur droit ; sensation de brûlure et d'inflammation sur le côté externe de la cuisse droite ; la pression sur la cuisse déter-

minait une sensation d'engourdissement dans les deux jambes ; tout mouvement de la jambe déterminait une sensation de fourmillement.

Troisième étape. — D'octobre à décembre 1888 : changement de pays : l'air de la montagne produit une grande amélioration de tous les symptômes ; la jambe droite va bien ; pour la gauche, l'état est variable ; les sensations nerveuses, dans le membre droit, semblent abandonner la cuisse et se localiser dans la jambe et le pied, qui donnent une impression anormale au toucher.

Possibilité ordinaire de faire un quart de mille sans douleur apparente autre qu'une excitation nerveuse de la jambe, laquelle ordinairement disparaissait subitement.

Quatrième étape. — Janvier 1889 à décembre 1890 : diminution graduelle de tous les symptômes nerveux spontanés. Mais possibilité intermittente seulement de la marche. De temps en temps une crise durant de quelques jours à une semaine. Dans l'été de 1889, l'air de la montagne parut avoir perdu sa puissance de 1888.

Cinquième étape. — De mai 1890 à l'automne : en avril, augmentation de la douleur, qui devient absolument permanente.

C'est à cette époque que je le vis. L'examen physique fut négatif, il n'y avait pas de modification dans les fonctions motrices ou sensitives. Les réflexes un peu exagérés des deux côtés. Réaction normales à l'exploration électrique.

Pendant l'été suivant, il alla à la montagne et en fut très amélioré. Pendant un an environ, il eut encore des crises, qui se distancèrent graduellement, et quand je l'ai vu la dernière fois, il y a un an, les troubles étaient presque complètement disparus.

Le malade dont il s'agit était un homme vigoureux, de bonne santé générale, âgé de 60 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels. Il avait eu, après sa 40^e année, une crise prolongée d'insomnie, qui ne fut traitée que par le repos. Quand il vint me trouver, il ne se plaignait que de sa jambe droite, siège d'engourdissement, de fourmillement, de pincement. La sensation était superficielle, et lorsqu'elle était en pleine acuité, il ne pouvait supporter que rien le touchât, et il avait imaginé divers dispositifs pour empêcher ses vêtements de lui frôler la peau. Il se plaignait de plus d'inhabilité à se servir de sa jambe droite, et de sensations douloureuses qui parfois l'empêchaient de marcher.

Il décrivait sa maladie comme une fatigue nerveuse chronique, ou faiblesse de la jambe droite, sans perte de la fonction.

Obs. 56 (OSLER). — A. B..., 32 ans, vu en novembre 1893. Se plaint d'engourdissement et de douleurs dans la jambe droite depuis un mois.

C'est un homme bien bâti, respirant la santé, sans antécédents héréditaires. Syphilitique depuis 10 ans, traité pendant 3 mois. Manifestations secondaires bénignes. Fièvre typhoïde il y a 7 ans, vie active,

tempérament nerveux. Il y a un mois, un matin en sortant du lit, il ressentit une crampe dans la jambe droite ; il n'y attacha pas d'importance, car cela lui était arrivé fréquemment après s'être fortement étendu la jambe, comme il venait de le faire. Il l'avait remarqué surtout depuis un an. Ce matin-là toutefois, la crampe lui parut douloureuse et étendue à tout le membre. Durant toute la journée, il y ressentit une sorte de douleur sourde et d'engourdissement. Il pouvait marcher, mais avec quelque douleur et en ayant propension à boiter. Au bout d'une semaine, l'état s'aggrava et a continué depuis. Il n'a pas de douleurs aiguës, pas d'élancements, mais une souffrance sourde. Il n'a plus eu de crampes. Lorsqu'il se touche la jambe droite, la sensation est toute différente de celle qu'il ressent pour la gauche ; cette sensation est une sensation de piqûre. Le gros ennui pour lui est qu'il ne peut pas marcher beaucoup, qu'il boite un peu, et qu'à la fin du jour il est très fatigué.

A l'examen : pas d'atrophie, l'action musculaire est parfaite, les réflexes sont égaux et un peu exagérés. La peau des deux jambes est normale, la température est la même des deux côtés. Une piqûre est sentie des deux côtés, sans le moindre retard, mais non sentie comme une douleur. A la jambe gauche, difficulté à reconnaître le chaud du froid, ce qui ne se produit pas à droite. Pas de plaques spéciales d'anesthésie ou de paresthésie. Il marchait parfaitement dans un appartement, mais disait lui-même que la jambe était douloureuse, engourdie, facilement fatiguée, et qu'il avait toujours « conscience de son existence ».

Ganglions lymphatiques inguinaux un peu engorgés des deux côtés ; pulsation égale dans les artères fémorales. On ne sentait pas de tumeur dans le bassin.

Traitement. — Douches froides et massage. Le malade a été revu le 5 décembre. Il boite un peu, sans savoir pourquoi, dit-il, mais il marche mieux de la sorte, et sa jambe se fatigue moins. Il se trouve très soulagé par le traitement, la jambe est beaucoup moins douloureuse, et les sensations anormales n'existent plus qu'à la cuisse. Sur la jambe gauche, une piqûre est douloureuse.

J'ai perdu de vue le malade jusqu'en novembre de l'année dernière, juste deux ans après son attaque. L'engourdissement est tout à fait disparu, mais de temps à autre, la nuit, il a des crampes dans la jambe.

OBS. 57 (OSLER). — M. H..., 37 ans, professeur, en juin 1856, se plaint de troubles dans la jambe droite lorsqu'il marche. C'est un homme très nerveux, ayant beaucoup travaillé, sujet à des accès de dyspepsie nerveuse, pas de sérieuses maladies ; maladies communes de l'enfance.

Il raconte qu'il y a 4 ans, lorsqu'il était très nerveux et avait de fréquentes attaques de vertige, il remarqua un curieux trouble de sensi-

bilité dans son pied droit. Lorsqu'il marchait ou restait debout pendant quelque temps, le pied s'engourdissait, et il se produisait une sensation analogue à celle qu'aurait produite l'évaporation rapide d'un liquide à sa surface. S'il se reposait, ces sensations disparaissaient, s'il continuait à marcher, elles augmentaient, et la jambe devenait bientôt si faible qu'il était forcé de s'asseoir. Après un repos de quelques minutes tout disparaissait. Il fit ces remarques particulièrement pendant un hiver froid.

Il eut rarement d'autres troubles ; parfois, la nuit, les jambes lui semblaient très fatiguées. Il décrit la sensation ressentie avec beaucoup de précision comme une brûlure ou un engourdissement. Cette sensation est toujours la même. et lorsqu'il persiste à marcher, elle s'étend jusqu'à la cuisse et est aussi douloureuse dans un point que dans l'autre. Fréquemment, s'il continuait sa marche, il avait une sensation d'engourdissement et de contraction de l'estomac, et parfois, comme il le disait, mal au cœur.

Il me racontait dans une lettre récente que maintenant il marchait beaucoup plus facilement, mais que toutefois, après avoir parcouru un demi-mille, le pied devenait douloureux.

L'examen physique fut négatif. Ses pupilles de dimension moyenne, réagissaient très bien. La peau était dermatographique, les réflexes forts, pas d'atrophie ; tous les mouvements musculaires s'exécutaient bien. Pas le plus léger trouble dans aucun mode de la sensibilité. Rien d'anormal sur la peau. Pas de douleur sur le trajet des nerfs. On ne sentait rien comme tumeur en palpant le bassin.

OBS, 58 (DONATH tirée de SABRAZÈS). — Cette observation est relative à un homme de 48 ans, négociant, dont le début de la maladie remonte à 7 ans. De 1886 à 1894, il écrivait debout sur un pupitre, exposé à un courant d'air, mais il considère comme invraisemblable que ce soit là la cause de l'affection, qui subit une exacerbation marquée en 1896. Il fut pincé à cette époque si fortement, au milieu de la partie antérieure et en haut de la cuisse droite, par une femme ardemment amoureuse, qu'il éprouva, durant quelques minutes, une douleur très vive, difficile à dissimuler. Quelques mois après, il observe l'état suivant : la sensibilité est émoussée à la partie antéro-externe de l'extrémité supérieure de la cuisse droite, la sensation de contact est diminuée. La marche, la station debout prolongée, provoquent des douleurs *in situ* ayant des caractères de brûlures et de piqûres ; grand marcheur autrefois, il évite actuellement les longues courses. Quand il ressent des douleurs, il les soulage en cherchant pour la jambe droite un appui élevé. La sensibilité reste constamment émoussée. Pas de sensations douloureuses dans l'extrémité supérieure de la cuisse. Ni syphilitique, ni alcoolique. Cet état l'inquiétant, cet homme vient consulter M. Donath, qui se trouve en présence d'un sujet ayant toutes les apparences d'une

bonne santé. La zone d'hypoesthésie siège sur la face antérieure du membre inférieur droit, sur la ligne médiane, depuis la rotule jusqu'au troisième ou quatrième quart de la cuisse. La sensibilité est diminuée dans ses divers modes, y compris la sensibilité farado-cutanée, surtout sur la moitié inférieure de ce territoire. L'examen à l'esthésiomètre montre une différence en faveur du côté sain. La musculature est normale. Les réflexes rotuliens sont conservés. On applique l'électricité et des frictions à l'ichthyol, qui n'ont donné aucun résultat après quinze séances. Le malade n'a pas été revu.

OBS. 59 (KOSTER). — Homme âgé de 64 ans, bien portant, qui a éprouvé, en 1894, à la suite d'un stationnement prolongé dans les musées de Berlin, une sensation de tension, d'engourdissement et de brûlure sur la partie externe et antérieure de la cuisse droite, disparaissant au bout de quelques heures de repos, mais reparaissant à l'occasion de la station debout. Ces troubles guérirent sans traitement. En 1892, en Italie, des visites répétées dans les musées amenèrent la même fatigue ainsi que le retour des phénomènes de tiraillement douloureux et parfois de piqûres intenses sur la partie antérieure et latérale de la cuisse droite, depuis le bassin jusqu'au genou. Il semblait au malade qu'un morceau de bois dur était plaqué sur sa peau. La cuisse gauche était également atteinte, mais à un plus faible degré. La pression sur les téguments était douloureuse, tandis que les troncs nerveux étaient sensibles à la pression. Pendant le voyage, les troubles subissaient des oscillations suivant que cet homme se ménageait ou non et ces troubles disparurent dès son retour. L'année dernière, étant allé à l'exposition industrielle de Berlin, il éprouve les mêmes phénomènes dans les deux cuisses, surtout à droite; il ne pouvait même plus supporter le trousseau de clefs qu'il avait dans sa poche. Lorsqu'il marchait longtemps il percevait une sensation de pincement léger. Étant couché et assis, il souffrait parfois de sensations de piqûre sur la face antérieure et latérale externe de la cuisse droite, à partir du bassin jusqu'au bord de la rotule. En même temps, il lui semblait qu'un morceau de bois était plaqué contre sa cuisse et cela même au repos. A 10 centimètres au-dessus de la rotule et à 7 centimètres en dehors de la ligne médiane de la cuisse, il existait un point particulièrement douloureux, même à la pression. Ces phénomènes ne cédèrent pas au repos et exigèrent un massage exécuté deux fois par jour, à la suite duquel il ne persista qu'un certain malaise dans la zone du nerf fémoro-cutané à droite; à gauche la guérison fut spontanée. La marche n'a jamais été empêchée. Pendant la promenade, il apparaissait parfois une certaine douleur dans la partie antérieure de la cuisse droite. Le 22 novembre, on ne constatait plus que quelques troubles de sensibilité dans la zone d'innervation du nerf fémoro-cutané des deux côtés; à droite, la sensibilité était diminuée sous tous les modes, du grand trochanter

au bord externe de la rotule, sur une étendue de 32 centimètres de long sur 13 de large. L'attouchement d'un pinceau n'était point ressenti sur cette zone ; il n'existait pas de modifications de la sensibilité faradocutanée. A gauche, la sensibilité était diminuée ; à 12 centimètres au-dessus du bord externe de la rotule, sur une surface grande comme une assiette, les attouchements au pinceau étaient mal perçus ; pas d'autre trouble sensitif. Une pression très forte exercée le long du nerf fémoro-cutané externe était aussi désagréable d'un côté que de l'autre. Les grands troncs nerveux n'étaient cependant pas douloureux à la pression. On ne remarquait ni varices, ni dépôts tophacés sur le fascia lata.

OBS. 60 (BENDA, tirée de SABRAZÈS). — Malade âgé de 58 ans, serrurier, qui est atteint de paresthésie depuis 30 ans. C'est un homme qui a souffert de crampes pendant sa puberté, qui a eu beaucoup de malheurs dans son ménage et a abusé de l'alcool et du tabac. Il n'est pas syphilitique. Après la guerre, il a ressenti sur la cuisse droite, surtout la nuit, des sensations de brûlure qui le faisaient crier et se rouler sur son lit. Ces symptômes se sont atténués au point d'être actuellement marqués simplement par une légère cuisson. En 1878, à la suite d'un ictus apoplectique, le côté gauche est parésié ; depuis lors, on note quelques petites attaques avec perte de connaissance. L'été dernier cet homme vient consulter M. Benda pour sa paresthésie occupant la face antéro-externe de la cuisse droite, du trochanter au condyle externe ; sur la face antérieure, le territoire intéressé est situé à 4 travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart et à 4 travers de doigt au-dessus du genou. Le malade éprouve là une sensation de cuisson ou de picotement comme à la suite de l'application d'un sinapisme. Ces phénomènes ne se montrent que pendant la marche ou la station debout ; ils disparaissent si le malade reste assis ou couché. Ils sont plus accusés dans la station debout prolongée que dans la marche ; ils atteignent leur maximum d'intensité au bout de quelques minutes. Les modifications de la colonne barométrique n'ont aucune influence sur cette paresthésie. Pas de troubles trophiques cutanés. La pression non douloureuse, provoque une sensation de fourmillement. La sensibilité à la douleur est diminuée ; elle est conservée à la température et au contact. Les réflexes cutanés sont faibles au niveau des points affectés. Il n'existe pas de troubles de la motilité, sauf l'hémiparésie gauche consécutive à l'attaque apoplectique et indépendante de la paresthésie. Les applications de courants faradiques modifient la paresthésie, mais, si on les suspend, celle-ci reparait.

OBS. 61 (BACCCELLI, 3 mai 1897). — Mèralgie avec les symptômes classiques consistant en une douleur avec sensation de brûlure localisée à la région externe de la cuisse. Le syndrome mèralgique avait éclaté après une longue promenade.

Obs. 62 (du même). — Symptômes ordinaires de la méralgie ; ils ont été suivis d'une ataxie locomotrice progressive dont ils n'étaient qu'un symptôme prodromique.

Obs. 63 (du même). — Méralgie suivie de tabes, absolument comme dans la précédente observation.

Obs. 64 (HIRSCH, mars 1896). — Malade âgé de 50 ans, syphilitique, éthylique. Arrivé dans le pays depuis deux mois, après un naufrage. Au moment où il fit ce naufrage, il ressentit, pendant une heure environ après l'accident, un fort engourdissement dans une jambe, après lequel il remarqua une sensation spéciale dans le côté externe de ce membre, le gauche, à partir de quatre pouces au-dessus du genou. Cette sensation couvrait une surface de la largeur de la main, et n'existait ni la nuit, ni dans la position assise ou couchée ; le froid particulièrement l'aggravait. Ce n'était pas une douleur ordinaire. D'après la description du malade, c'était une sensation spéciale d'engourdissement. L'examen ne montra pas de changement à la réaction électrique, et aucun signe de maladie, si ce n'est une diminution de la sensibilité à la chaleur. Il s'agissait d'une paresthésie du nerf fémoro-cutané.

Obs. 65 (SHAW, *New-York Med. Journal*), 1897. — Homme âgé de 50 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé. Appétit bon, digestions faciles excepté dans les cas de surmenage ou d'ennui ; les fonctions digestives alors s'accomplissaient mal, et il était constipé ; le froid extrême ou les changements soudains de température pouvaient amener ces troubles. Sommeil bon. Quelques attaques de fièvre intermittente, et depuis six ans, symptômes de rhumatisme qui nécessitèrent diète et laxatifs. Quand il prenait de l'exercice, il n'avait pas de troubles de digestion, excepté à de rares intervalles. Pour le reste, santé bonne. Depuis 10 ans à peu près, il a remarqué quelques troubles de sensibilité dans le côté externe de la cuisse droite. Ces troubles se manifestent par une sensation de piqure à la cuisse, laquelle s'aggrave par l'immobilité debout ou la marche très rapide ; une marche normale ne produit pas ces mêmes douleurs. Ces crises, dans lesquelles la douleur est parfois très forte, durent quelques semaines et disparaissent, pour ne revenir à nouveau qu'au bout de quelques mois ou même d'une année. A côté de la sensation de brûlure en existe une autre, d'engourdissement, lorsqu'on touche la cuisse, celle-ci s'étendant au delà de la zone douloureuse, couvrant tout le côté antéro-externe de la face antérieure. Pas d'anomalie des sensations douloureuse et thermique, non plus que de celle du toucher. A l'extérieur, rien d'anormal. Sur la cuisse gauche, il y a aussi une région, exactement homologue de celle de droite, mais moins étendue, qui est le siège de paresthésie légère, mais sans douleur. Pas d'autres symptômes, et ils n'apparaissent

sent que lorsqu'il y a coexistence de désordres gastriques, intestinaux, surmenage ou manque d'exercice.

Obs. 66 (*id.*). — Homme âgé de 50 ans, bien constitué. Bonne santé jusqu'à il y a trois ans. Syphilis il y a 27 ans, et bientôt après une attaque d'iritis. Excès de tout genre dans la jeunesse, excepté d'alcool. A toujours beaucoup travaillé. Ses occupations le forçaient à se lever tôt le matin, à se coucher tard le soir, d'où peu de repos.

Il a depuis trois ans les symptômes actuels. Il devint très nerveux, n'avait plus de sommeil, devint très irritable, eut des palpitations de cœur, fut très constipé.

Vers ce moment, il commença à ressentir dans la jambe gauche une douleur, « comme une brûlure », ou « comme si un essaim d'abeilles l'avaient piqué ». Depuis, ce symptôme a persisté, plus ou moins, mais toujours. Au début, la douleur occupait la largeur d'une pièce de cinq centimes ; aujourd'hui, elle est large comme la paume de la main. Il consulta plusieurs médecins, qui supposèrent ces symptômes liés à la syphilis, et le traitèrent en conséquence. Il était très inquiet de cette manifestation spécifique, parce qu'il avait de la famille. En dépit de l'iode, des frictions mercurielles, les symptômes persistèrent. A un an et demi de là, il commença à avoir une névralgie, localisée à la région temporale droite et sous l'œil, et qui fut permanente, le rendant très misérable. La brûlure de la jambe devint extrêmement douloureuse, et augmentait encore s'il marchait beaucoup. Pendant tout ce temps, il avait l'estomac dilaté, et beaucoup de constipation ; son pouls battait souvent, dit-il, à 30 ou 36 pulsations. Après sa névralgie il ressentit une sensation de brûlure, tomba malade, et son état s'aggrava. En dernier lieu, il ne pouvait marcher ; ses jambes et ses pieds étaient impotents.

Quand je le vis, il avait l'air hébété ; était pâle, irritable ; il marchait difficilement, et sa jambe gauche surtout était faible. 50 pulsations à la minute, battements cardiaques mal frappés. Pas de dilatation stomacale ou intestinale. Aire de paresthésie de forme ovale, sur les deux jambes, l'aire de douleur étant beaucoup plus petite. Pas de désordres de la sensibilité thermale, ni tactile, celle-ci toutefois un peu amoindrie.

Depuis, son état s'est amélioré, sa névralgie sous-orbitaire est disparue, il marche convenablement dans un appartement : il va, dit-il lui-même, cent fois mieux qu'auparavant.

Obs. 67 (*id.*). — Femme âgée de 46 ans. Elle me consulta il y a 6 ans pour quelques symptômes de neurasthénie, disparus complètement. Elle s'est mariée il y a deux ans, et a eu depuis un enfant, âgé de 8 mois aujourd'hui. Constipée, nerveuse.

Elle se plaint d'une sensation de brûlure à la région externe de la cuisse gauche, descendant jusqu'au milieu de cette cuisse.

OBS. 68 (*id.*). — Femme âgée de 60 ans. Elle souffre d'une sensation de brûlure sur la face antéro-externe de la cuisse gauche.

OBS. 69 (WARDA, octobre 1897). — Malade âgé de 32 ans ; il était soigné pour une pérityphlite ; à la suite d'applications de glace sur le ventre, il ressentit des douleurs dans le territoire du fémoro-cutané du côté gauche. Ces douleurs étaient extrêmement violentes. Dans leur intervalle, il existait une sensation d'engourdissement de la peau. Il existait de plus une forte diminution des sensibilités au toucher, au froid, au chaud, surtout à la périphérie du territoire innervé ; hypoalgésie à la piqure ; douleurs spontanées après irritation de la peau, causée par exemple pendant l'examen. Dans la marche, sensation de tension douloureuse. La pression à l'émergence du nerf provoque une douleur aiguë.

Depuis la guérison de la maladie abdominale, la sensation d'engourdissement de la cuisse a toujours persisté.

Antécédents. — Morphinomanie. Rien à signaler du côté des systèmes nerveux et digestif.

OBS. 70 (VERHOOGEN, tirée de SABRAZÉS et CABANNES). — Un pharmacien, âgé de 34 ans, a eu la rougeole à deux ans, et, pendant la convalescence, une paralysie infantile ; la jambe droite est restée atrophiée, le pied en varus équin. Dans ses antécédents, on ne relève, en dehors d'un abcès rétro-pharyngien, aucune trace de syphilis ou d'alcoolisme. La maladie actuelle a débuté il y a quatre ans, précédée d'une certaine rachialgie, de douleurs dans les jambes ; puis la paresthésie s'est montrée, attribuée comme les signes qui l'accompagnaient à l'usage d'un poêle mobile à pétrole qui chauffait l'appartement. Il y a deux ans, le malade, qui était atteint d'un rétrécissement non blennorrhagique de l'urèthre, s'est fait sonder ; le rétrécissement a guéri et avec lui ont disparu les douleurs lombaires. Le 12 décembre 1896, le malade n'éprouve aucune douleur quand il marche en plaine, mais, dès qu'il monte un escalier ou que le terrain est en pente, des sensations douloureuses se montrent dans le triceps ; le repos permet de nouveau la marche, que la douleur avait rendue impossible. A bicyclette, mêmes phénomènes : les douleurs n'apparaissent que si la route monte.

Au repos, rien d'anormal ; pas d'atrophie musculaire ; aucune modification des réactions électriques dans les muscles atteints. La pression des masses musculaires est un peu douloureuse. A côté de ces signes, mais dans la cuisse gauche seulement, on note de la paresthésie sur une zone de forme ovale à grosse extrémité supérieure. La limite inférieure de la plaque cutanée se trouve à 26 centimètres au-dessus du condyle externe du fémur. La plaque elle-même mesure 15 centimètres de hauteur sur 5 de largeur, dans son plus grand diamètre. Dans la région centrale de cette grande plaque en est une autre plus

petite ayant également 5 centimètres de largeur et 9 de hauteur, au niveau de laquelle les troubles sont plus marqués. Les accidents surviennent à intervalles irréguliers, par accès durant quelquefois deux jours continus. En dehors des accès, la simple pression digitale peut provoquer une crise qui disparaît dès que cesse la pression. Même lorsqu'il n'existe pas d'accès, ces signes existent toujours, à l'état subaigu. Ce sont des fourmillements, quelquefois assez vifs pour provoquer de vraies douleurs, une sensation de brûlure plus ou moins intense. Jamais ces sensations ne s'étendent en dehors de la grande plaque ; elles se localisent parfois uniquement à la plus petite des deux. En dehors des crises persiste une sensation bizarre : il semble que la peau, plus épaisse, est en cuir ou en parchemin. Dans toute l'étendue de la petite plaque, même en dehors des accès, la sensibilité tactile est abolie, la sensibilité à la douleur très affaiblie ; la sensibilité thermique est intacte. Le centre de la petite plaque elle-même est très douloureux. Hyperesthésie aux courants électriques. Pas de douleurs dans le tronc du nerf ; compression à l'émergence non douloureuse. Rien d'anormal à la vue. Pas d'autres symptômes nerveux. Le 5 avril 1897, cet homme est très amélioré. Des douleurs musculaires existent encore toutefois dans les deux triceps. Le traitement a consisté dans l'administration d'iodure de potassium et l'application d'étincelles statiques au point malade ; ce dernier moyen a donné d'excellents résultats.

Obs. 71 (PITRES, tirée de SABRAZES). — Homme robuste âgé de 48 ans, non syphilitique, sujet depuis longtemps à des rhumatismes. A la suite de la grippe, qu'il a eue en 1894, des fourmillements insupportables se sont montrés à diverses reprises à la partie inféro-externe de la cuisse gauche, dans une région grande comme la paume de la main ; cette région était en outre moins sensible que le reste de la peau : il semblait au malade qu'elle était recouverte d'un emplâtre. Depuis deux mois, une plaque symétrique a fait son apparition à la cuisse droite. M. Pitres qui a examiné ce malade la première fois, le 23 mars 1896, a constaté que les plaques symétriques dont le siège occupe la région antéro-externe des cuisses au-dessus de la rotule, ont une étendue qui n'excède pas celle de la paume de la main ; les contours sont irréguliers. Au niveau de ces surfaces, il existe, pour tous les modes de la sensibilité, de l'hypoesthésie, plus marquée au centre qu'à la périphérie des plaques. Les frictions sur les zones d'anesthésie y ramènent la sensibilité. Le malade est diabétique ; sa soif est vive ; il est dyspeptique et son estomac est dilaté. Il n'a jamais eu de crise gastrique ni de diplopie, non plus que des troubles trophiques de la peau ni des ongles. Il dit avoir eu jadis des phénomènes de doigt mort et de l'urticaire. Les pupilles sont égales et leur réaction normale. Les réflexes pharyngien, abdominal et plantaires sont très vifs. Le réflexe testiculaire est normal des deux côtés.

Le testicule droit est très petit. La sensibilité testiculaire est intacte des deux côtés ainsi que la sensibilité épigastrique. Les réflexes rotuliens sont abolis. Pas de tremblement de la langue ni des paupières. Tremblement léger des mains. Le malade a été revu le 1^{er} février 1897. Les plaques sont manifestement moins larges et moins insensibles.

OBS. 72 (PITRES). — Menuisier, âgé de 32 ans, qui présente de l'engourdissement de la cuisse gauche, avec fourmillements dans les pieds et faiblesse générale.

Ce malade a eu de l'ictère à 25 ans et deux blennorrhagies récentes, séparées l'une de l'autre par l'apparition d'un chancre mou.

Depuis quatre à cinq mois, il éprouve, dans les membres inférieurs, des élancements douloureux, vifs et rapides « un quart de seconde » survenant le jour à des heures irrégulières. Les avant-bras eux-mêmes ont été le siège de douleurs sourdes. Ce cortège douloureux qu'a précédé la chute de l'ongle du gros orteil gauche s'est accompagné d'éblouissement à diverses reprises. C'est brusquement que s'est montrée l'anesthésie de la cuisse gauche, il y a douze jours ; le malade raconte qu'il a d'abord éprouvé des démangeaisons ; en se grattant, il s'est aperçu que la région était insensible, en même temps ses pieds devenaient, pendant une heure, le siège de fourmillements.

Actuellement, le malade prétend être beaucoup mieux. La zone paresthésique occupe la région antéro-externe de l'extrémité supérieure de la cuisse gauche ; elle a une forme ovale dont le grand diamètre mesure 10 centimètres et le petit 7 à 8. La piqure à ce niveau, bien que déterminant une réaction assez vive, est perçue avec moins de netteté que du côté sain. Le pincement est douloureux. Le frottement prolongé tend à faire reparaitre la sensibilité avec les caractères normaux qu'elle possède dans toutes les autres régions du corps. On ne découvre pas de points douloureux sur le trajet du crural et du sciatique pas plus qu'au niveau de la colonne vertébrale. Le malade n'éprouve pas de douleurs en ceinture ; sa marche est normale. Le signe de Romberg est absent, la station sur une seule jambe est possible. En dehors du réflexe plantaire qui est très vif, les autres réflexes n'offrent rien de spécial. La sensibilité testiculaire et épigastrique est normale. Le malade dort bien, sans cauchemars. Il n'a jamais de céphalées et n'est pas préoccupé de son état. L'urine est normale.

OBS. 73 (SABRAZÈS ET CABANNES, *Revue de médecine*, 1897). -- Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans, négociant. Il vient nous consulter, pendant le mois d'avril 1897, au sujet d'une affection douloureuse de la cuisse, qui l'incommode surtout pendant la marche.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons, chez sa mère, des névralgies violentes provoquées par une mauvaise dentition ; chez son père des migraines fréquentes.

Dans ses antécédents personnels, on ne trouve, en dehors de la maladie actuelle, rien qui mérite de nous arrêter. Il prétend que son enfance a été malade ; il n'a eu cependant ni rougeole, ni scarlatine, ni fièvre typhoïde ni aucune autre des affections de cet âge.

Au cours de son adolescence, il était sujet aux migraines contre lesquelles il faisait usage d'antipyrine. Il se plaignait aussi, il y a sept à huit ans, de coliques intestinales qui ont cédé, dit-il, au port de bretelles. Il n'est ni syphilitique, ni alcoolique, ni diabétique.

Les troubles qu'il présente actuellement ont débuté en 1895. A cette date il jouissait d'un certain embonpoint qui rendait ses mouvements difficiles ; aussi devait-il faire boutonner ses chaussures par sa domestique ; pour cela il s'asseyait sur un fauteuil et étendait ses membres inférieurs en les raidissant ; il ne tardait pas, dans cette position, de ressentir à la racine de la cuisse gauche, une douleur comparable à une application de fer chaud.

Vers cette même époque, il fut surpris d'éprouver, pendant la marche, des phénomènes analogues. Dix à quinze minutes après qu'il avait commencé de marcher, il ressentait, au même point, des fourmillements et des sensations de brûlure s'exaspérant à mesure que continuait la marche, finissant par entraîner de la claudication et une telle gêne qu'il lui arrivait de mettre vingt minutes pour faire un trajet de 150 mètres environ. Sans se préoccuper outre mesure de son état, dont il n'avait cependant pas vu l'analogue dans son entourage, M. X... ne laissait pas d'être un peu inquiet : il provoqua une consultation au cours de laquelle on put constater l'absence de lésions articulaires et des signes habituels d'une névralgie sciatique ou crurale. Le diagnostic resta en suspens et on se contenta d'appliquer un vésicatoire dans la région postéro-externe de la cuisse.

Lorsque cet homme, qui a toutes les apparences extérieures d'une bonne santé, vint se soumettre à notre examen, son affection, qui datait de deux ans, allait vers une amélioration progressive. Les phénomènes suivants, qui traduisent son état, ne se montraient que pendant la marche : un quart d'heure environ après qu'il s'était mis à marcher, le malade accuse, dans le tiers supéro-antérieur de la cuisse, une sorte d'engourdissement auquel ne tarde pas à succéder une douleur mordicante comparable à l'application d'une plaque chaude *in situ*. Ces sensations n'ont rien d'analogue à celles qui suivent le pincement brusque d'un nerf comme le cubital ; elles n'ont, et n'ont jamais eu non plus le caractère des douleurs fulgurantes, mais elles rappellent l'état d'engourdissement et de malaise éprouvés dans le domaine du radial lorsqu'il a été comprimé pendant la nuit. Si la marche n'est pas suspendue, une boiterie de plus en plus marquée se montre, provoquée par l'intensité de la douleur que rend encore plus aiguë la pression du pied sur le sol à chaque pas. Le membre impotent ne présente aucune modification extérieure, ni rougeur, ni œdème ; sa température est égale à celle du membre opposé. Les troubles sont étroitement circonscrits :

1° à une zone située dans le tiers supérieur de la cuisse, à 5 centimètres au-dessous du ligament de Fallope ; d'un diamètre de 15 centimètres environ, s'étendant sur la face antéro-externe de la cuisse, n'empiétant que légèrement en dedans de la ligne médiane ; 2° à une zone plus petite où la douleur se cantonne exceptionnellement, située en regard et un peu au-dessous du grand trochanter. Pendant la marche, il n'arrive pas que l'une et l'autre zone soient le siège de sensations douloureuses.

Toujours c'est la première qui est affectée. Une fois sur 10 ou 15 environ, les sensations se transportent de l'une à l'autre. Notons que, pendant la marche, M. X... se tient très droit et a une tendance à étendre fortement ses cuisses sur le bassin. Au repos, il existe dans les régions susdécrites et surtout dans la première zone, une sensation vague d'engourdissement. Les sensations douloureuses ne s'irradient jamais vers le genou ni vers la fesse ; elles se montrent à l'occasion des mouvements de la marche, mais jamais dans la station debout avec immobilité. Nous devons ajouter que pour mettre fin à ses douleurs, le malade use d'un ingénieux stratagème : il s'arrête vingt à trente secondes pendant lesquelles il imprime à son membre inférieur de rapides mouvements de flexion ; ces secousses brèves et énergiques arrêtent les douleurs et permettent de nouveau la marche. Certaines attitudes du membre inférieur provoquent également ces troubles ; le malade étant assis, la cuisse gauche en extension sur le bassin, la jambe en extension sur la cuisse et la pointe du pied en rotation en dedans, il éprouve dans la région affectée une sensation de brûlure pénible, identique à celle des accès susdécrits. Pas plus dans cette position qu'au cours de la marche, on ne constate de modifications apparentes du membre telles que de la cyanose, du refroidissement ; les artères fémorale, poplitée, pédieuse battent normalement.

Ces douleurs n'apparaissent pas, la cuisse étant fléchie sur le bassin, la jambe étant étendue sur la cuisse.

A l'examen des régions qui sont le siège de ces sensations subjectives, on ne découvre rien de particulier si ce n'est la cicatrice d'un petit furoncle ancien. Au repos, la pression ne détermine de douleur en aucun de ces points ; la douleur à la pression se montre, par contre, après la marche seulement, au niveau de la zone qui a été le siège des sensations anormales. La sensibilité est diminuée sous tous ses modes au niveau de la plaque ; cette diminution est plus marquée au centre qu'à la périphérie. Il semble au malade qu'à ce niveau une lame de carton interposée dans la peau empêche les impressions de contact, de température, de piqure. En dehors de la zone d'hypoesthésie correspondant à la grande plaque, qui est le siège le plus net de ces troubles sensitifs, l'exploration des plans superficiels et profonds de la cuisse n'indique rien de particulier ; pas de points douloureux au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, dans la sphère du crural, du sciatique, pas de

douleurs autour de l'articulation coxo-fémorale, qui est mobile dans tous les sens ; pas d'entraînement du bassin dans cette exploration ; aucune affection du rachis ni du petit bassin, pas de hernie, pas de varices. Le membre inférieur droit ne présente rien de particulier.

Tous les réflexes sont normaux. Le réflexe testiculaire seul est aboli à gauche et affaibli à droite.

L'intelligence du malade est vive ; sans être un nerveux, il est un peu impressionnable. Il ne se préoccupe pas outre mesure de son état qu'il considère plutôt comme une incommodité que comme une maladie grave.

Il n'y a rien de spécial à noter du côté des sens ; le champ visuel est rétréci concentriquement. La pupille réagit très bien à la lumière et à l'accommodation.

Le cœur, les poumons, le tube digestif sont en bon état. Les artères ne sont ni dures, ni sinueuses.

Urines. — Quantité normale ; pas d'albumine, pas de sucre ; dépôt : petite quantité d'urates.

OBS. 74 (M. DALCHÉ, *Soc. méd. des hôp.*, décembre 1898). — Dame âgée de 35 ans, arrivée au cinquième mois de sa quatrième grossesse, et qui, prise de très vives douleurs dans la cuisse, redoutait une phlébite. La phlébite n'était pas en cause, mais je constatai en revanche une meralgie parasthésique fort nette à droite : à la partie antérieure et externe de la cuisse droite, s'étendant au-dessus du trochanter, existait une zone elliptique où la sensibilité au contact, à la piqure et à la température se trouvait extrêmement diminuée. Au niveau de cette région se manifestaient des crises de douleurs spontanées, tout à fait aiguës et pénibles, qui survenaient à la suite d'une marche, même de peu de durée, de l'ascension d'un escalier ou simplement d'une station debout prolongée. La matrice gravide était fortement inclinée à droite. Le repos au lit calme les souffrances, et depuis son accouchement, la malade n'a plus accusé aucun symptôme de meralgie parasthésique.

OBS. 75 (M. LE GENDRE, *Soc. méd. des hôp.*, 1898). — Il s'agit d'un vieux goutteux qui souffre depuis 20 ans, d'une douleur intermittente et paroxystique dans la région antéro-externe de la cuisse droite, et la zone où le patient éprouve des élancements douloureux de temps en temps est en état d'anesthésie permanente au contact et à la piqure. Ce malade fait remonter l'origine de cette zone d'anesthésie douloureuse à une chute dans un escalier, la cuisse ayant heurté le rebord tranchant d'une marche. Il a d'ailleurs dans diverses autres régions du corps, des algies intermittentes et de caractères variés, mais c'est seulement à la cuisse qu'il y a anesthésie permanente avec algie spontanée intermittente.

OBS. 76 (FLORAND, *Soc. méd. des hôp.*, décembre 1898). — M. Florand, cite le cas d'un médecin atteint, depuis plus de dix ans de meralgie paresthésique bilatérale, avec tous ses caractères. Ces troubles douloureux n'existent que dans la station debout prolongée, ou à la suite d'une marche qui excède un ou deux kilomètres. S'il veut tenter d'aller plus loin, la douleur devient intolérable. Il peut au contraire faire des promenades prolongées à bicyclette. Ces troubles sont vraisemblablement liés chez lui à un arthritisme héréditaire très accentué, une tendance à l'obésité. Il a tenté à un moment donné une cure d'amaigrissement et il lui a suffi de quelques mois de régime pour voir disparaître complètement sa névralgie fémoro-cutanée. Elle a reparu parce qu'il n'a pas eu le courage de continuer.

Un autre membre de la famille de ce médecin est atteint de meralgie.

OBS. 77 (Personnelle). — Il s'agit d'une femme, Mme X..., âgée de 55 ans, que nous avons examinée en décembre 1897. Elle souffrait de douleurs dans la cuisse droite, surtout dans la région antéro-externe. Ces douleurs étaient si violentes qu'elles l'empêchaient de marcher. La sensation ressentie par la malade était comparée à un arrachement, à un étirement violent. Ces douleurs existaient surtout dans la station debout ou dans la marche. Au lit et dans la position assise, elles s'atténuaient ou même disparaissaient complètement. La palpation de la région n'était pas douloureuse.

Les douleurs étaient liées à l'existence d'un fibrome utérin assez volumineux. La malade fut opérée en février 1898, par M. le Dr Richelot et les douleurs à partir de ce moment, rétrocédèrent graduellement, jusqu'à disparition complète au bout de deux mois après l'opération. Tous les révulsifs et topiques avaient été auparavant mis en usage, sans succès naturellement ; il s'agissait évidemment d'une compression par la tumeur pelvienne.

OBS. 78 (CLAISSE). — C.P..., 33 ans. Sujet robuste ; aucun antécédent morbide héréditaire ni personnel. N'a jamais eu de maladie infectieuse grave, en particulier ni fièvre typhoïde, ni syphilis. Le sujet est un buveur d'eau et n'a jamais fait le moindre excès alcoolique. Il se souvient d'un traumatisme assez violent, d'une chute de bicyclette en 1891 ; le genou droit eut une large écorchure, la cuisse porta sur l'angle d'un trottoir à sa partie moyenne antéro-externe, où subsista pendant quelques jours un léger hématome. Cet accident n'eut pas de conséquences immédiates, le sujet l'avait même oublié, et c'est seulement plusieurs années après qu'il songea à lui attribuer les troubles éprouvés dans cette région.

En 1893, le sujet éprouve à ce niveau quelques fourmillements, surtout par le froid, et après une marche rapide. Ils s'accroissent un peu les années suivantes, et en 1895, il remarque environ à 10 centimètres

au-dessus de l'angle supéro-externe de la rotule une zone d'anesthésie arrondie, ovale, à grand axe vertical d'environ 5 centimètres. Cette zone augmente peu à peu, prend la forme d'une raquette dont le manche remonte jusque vers le quart supérieur de la cuisse. Les fourmillements, toujours assez légers et supportables, disparaissent parfois plusieurs mois et reviennent en hiver surtout. Un jour, à la suite d'une course rapide, en poursuivant une pièce de gibier démontée, le sujet éprouva dans toute la région antéro-externe superficielle de la cuisse comme une décharge violente suivie d'un endolorissement qui persista environ un quart d'heure. En 1898, les fourmillements ont beaucoup diminué. De temps à autre, reparait une sensation de chaleur avec pincements rapides. La zone d'anesthésie s'est un peu rétrécie. Elle affecte la forme d'une raquette dont le plateau, correspondant à la partie antéro-inféro-externe de la cuisse, a environ 12 centimètres de largeur ; le manche, montant jusqu'à 30 centimètres de la rotule, a 5 centimètres de largeur. A ce niveau, un contact léger n'est pas perçu, une pression appuyée et un pincement sont un peu douloureux ; l'impression d'un corps métallique froid est perçue, mais avec un retard de plusieurs secondes. Il n'existe aucun trouble trophique. Le réflexe rotulien est intact.

OBS. 79 (CLAISSE). — C. F..., âgé de 36 ans. Sujet robuste, mais a de nombreux incidents morbides. Pendant son service militaire en Algérie, en Annam et au Tonkin, de 1883 à 1886, a contracté des fièvres intermittentes qui d'ailleurs ont été assez modérées et ont cédé facilement à la quinine. En 1888, dysenterie et choléra. De retour en France, le sujet a encore, en 1889, quelques accès de paludisme, mais se rétablit, et depuis 1890, sa santé est excellente. Notons l'absence de syphilis et d'alcoolisme. Le sujet est très sobre. Aucun stigmate d'hystérie.

Dans ces dernières années il a éprouvé plusieurs fois des fourmillements à la cuisse droite et a remarqué l'insensibilité de la région correspondante.

Le 15 octobre 1898, il vient me demander conseil, craignant, dit-il, que ce soit là le premier signe d'une grave affection nerveuse.

A plusieurs reprises les fourmillements ont été assez pénibles pour l'obliger à s'arrêter quelques instants et à s'asseoir. Ce sont de petites crises passagères, caractérisées par une série de picotements, de pincements aigus laissant à leur suite une cuisson superficielle assez durable. Sur la partie antéro-externe de la cuisse, à quelques centimètres de la rotule, je constate une plaque d'anesthésie en raquette offrant exactement les mêmes caractères que celle de l'observation précédente mais moins étendue, remontant environ à 20 centimètres au-dessus de la rotule. Je constate, en outre, l'intégrité des réflexes et l'absence de troubles trophiques.

OBS. 80 (CLAISSE).— T. A..., âgé de 64 ans. Sujet légèrement athéromateux ; n'a jamais eu de longues maladies. Se rappelle simplement avoir eu dans sa jeunesse des blennorrhagies et des chancres mous. On ne retrouve aucune trace de syphilis. Il n'est pas alcoolique.

Depuis quelques années, il est gêné dans la marche et se fatigue vite. Les réflexes rotuliens sont très diminués des deux côtés.

En l'examinant à propos de cette légère paraplégie, nous trouvons à la partie inféro-externe de la cuisse gauche, à quelques centimètres au-dessus de la rotule, une plaque d'anesthésie ovale allongée dans le sens vertical et mesurant 12 centimètres sur 7. Cette plaque existe depuis longtemps. Le malade y éprouve de temps à autre des sensations de brûlure légère. Depuis qu'il l'a remarquée, elle a toujours la même dimension et d'ailleurs le gêne si peu qu'il ne s'en est jamais occupé. On constate à ce niveau l'anesthésie complète à la palpation superficielle ; la perception des corps froids est conservée, mais retardée. Les souvenirs du malade sont trop peu précis pour qu'on puisse nettement établir le rapport chronologique qui existe entre la paraplégie et la plaque d'anesthésie. Celle-ci semble être de beaucoup la plus ancienne. Elle est stationnaire, tandis que la paraplégie est progressive. Il est donc possible que ces deux affections soient indépendantes l'une de l'autre.

OBS. 81 (CORA, *Gazzetta degli Ospedali*).— Médecin, âgé de 50 ans ; son père souffrit très longtemps d'une sciatique rebelle, qui le quitta seulement dans ces dernières années.

De 1891 à 1893, il fut sujet à une céphalalgie intense, consécutive, pense-t-il, à un coup de soleil, qui engendra chez lui un grave état neurasthénique, dont la céphalée serait le principal symptôme.

Grand fumeur, non éthylique ; pas d'excès vénériens, pas de syphilis.

Il y a 6 mois environ, il commença à ressentir des douleurs dans la région antéro-externe de la cuisse droite ; ces douleurs augmentèrent graduellement d'intensité et prirent un caractère brûlant excepté durant le repos ; seulement, pendant la nuit, la chaleur du lit déterminait une douleur supportable.

L'examen objectif ne révèle qu'une claudication notable : tout le corps penche du côté de la cuisse malade ; sur celle-ci on ne trouve qu'une légère hypoesthésie au tact, à la température et à la douleur, il n'existe aucun point sensible à la pression. Rien à signaler du côté des appareils circulatoire, respiratoire et digestif. Le sens musculaire est intact. Les réflexes pupillaire, pharyngé, cutané et tendineux sont normaux. La cuisse malade est légèrement hypertrophiée ; aucun trouble psychique ; urines normales en quantité et qualité ; pas de réaction de dégénérescence.

OBS. 82 (JONCHERAY, *Arch. méd. d'Angers*):— Il rapporte sa propre observation : « J'étais cloué sur mon lit, malade depuis longtemps ; j'en descendais avec peine deux à quatre fois par jour, pendant quelques minutes seulement, et pour faire au plus trente pas. Un jour, en me mettant debout, je ressentis une vive brûlure, très superficielle, dans la peau, comme si l'on m'eût piqué là avec plusieurs aiguilles rougies. En même temps, je percevais moins tout autour le contact du pantalon, j'étais comme engourdi, comme recouvert d'une plaque de carton ; la sensibilité semblait s'être déplacée, diminuée dans toute la région, pour se concentrer en un point où elle était extrême et transformée en douleur cuisante. Ce point correspondait à environ 15 centimètres au-dessus du condyle externe. C'était parfois vraiment intolérable, et quand j'étais obligé de mettre mon pantalon je prenais bien garde à ne point frotter la peau, car le léger attouchement de celle-ci par les poils de la laine semblait provoquer la douleur, tandis que, au contraire, je me trouvais soulagé en me pinçant profondément à pleine main. Je me levais aussi le moins possible, car dès que je m'asseyais ou me couchais, la douleur disparaissait brusquement ou diminuait. J'eus cependant maints accès au lit, mais toujours moins forts que debout. La durée était variable, ordinairement de quelques minutes. Mais j'ai ressenti vivement ces douleurs pendant 5 à 6 semaines et de deux à 5 fois par jour. Entre ces crises, il y avait diminution très nette de la sensibilité au contact dans toute la région antéro-externe de la cuisse. En promenant mon doigt ou un crayon, je délimitais parfaitement la parésie, la température de la peau était diminuée très sensiblement, et l'épiderme semblait affaissé, lisse, comme tanné. J'ai enfin constaté plusieurs fois au niveau du point douloureux une nodosité dermique, variant du volume d'un pois à celui d'une noisette, avec très peu de coloration à la peau, mais provoquant une démangeaison comme de l'urticaire, de durée d'ailleurs éphémère, quelques heures au plus. Comme réaction électrique, je sais seulement que mon fascia lata et tous mes muscles de la cuisse étaient atrophiés, et restaient flasques sous des courants induits que je fis une dizaine de fois, plus tard quand je cherchais d'ailleurs à corriger surtout une amyotrophie généralisée.

Peut-être faut-il chercher l'explication de cette névralgie dans les troubles circulatoires veineux surtout, dont j'étais atteint ; j'avais dix à douze litres d'ascite, un foie énorme, et les jambes doublées de volume par de l'œdème. J'ai eu d'ailleurs, depuis, d'autres troubles du plexus lombaire et du sympathique, par exemple des sueurs profuses dans la région même du rameau fessier du nerf fémoro-cutané. La meralgie a disparu au bout d'un certain temps, puis elle a récidivé, mais cette fois-ci moins fortement, à la partie interne de la jambe, un peu au-dessus du condyle.

OBS. 83 (FÉRÉ, *Méd. mod.*).— V..., 52 ans, commis aux écritures, est le

fil unique d'un alcoolique mort dans un des services de l'asile de Bicêtre ; sa mère, qui a actuellement 77 ans, est encore capable de gagner sa vie en faisant des ménages ; elle a toujours joui d'une excellente santé, et elle fournit les renseignements qu'on lui demande avec la plus grande lucidité.

V... est né quelques jours avant terme ; l'accouchement s'est produit très rapidement à la suite d'une émotion violente provoquée par l'ivresse du père. Cependant l'enfant paraissait bien portant et s'est bien développé, sans aucun accident notable, jusqu'à l'âge de 18 mois. Au cours d'une diarrhée avec fièvre, il eut alors à plusieurs reprises des convulsions qui auraient prédominé du côté gauche, mais n'ont cependant laissé aucune trace apparente. Ces convulsions ne se sont plus reproduites, mais, à partir de ce moment, l'enfant qui avait toujours été replet, resta maigre et chétif. Il avait commencé à marcher et à parler vers le treizième mois, et n'avait présenté aucun trouble à cet égard jusqu'aux convulsions. A leur suite, il avait de temps en temps des faiblesses des membres inférieurs et une sorte de bégaiement, phénomènes qui ont mis plusieurs mois à disparaître,

A l'âge de quatre ans, il a commencé à aller à l'école, où il a toujours figuré dans un bon rang, mais il se faisait remarquer par sa répugnance pour les exercices physiques, sa timidité et sa sauvagerie.

Il a eu la rougeole et la scarlatine sans présenter d'accidents nerveux notables, puis à 14 ans la fièvre typhoïde sous une forme très bénigne. A 19 ans, il a eu une attaque de rhumatisme avec fièvre, rougeur, gonflement qui a atteint successivement toutes les articulations grandes et petites du côté gauche, mais exclusivement celui-là ; le côté droit a été complètement indemne. C'est à partir de cette époque qu'il a commencé à être sujet à des poussées d'herpès préputial qui se renouvellent tous les deux ou trois mois, quelquefois même plus souvent. Pendant longtemps ces poussées, toujours situées à gauche, étaient constituées par quelques vésicules peu volumineuses qui déterminaient une légère sensation de brûlure, se vidaient et se desséchaient en quelques jours sans s'accompagner d'autres symptômes. A 44 ans, à la suite d'un traumatisme au mollet gauche, il eut un gonflement avec chaleur et rougeur au genou gauche, qui le tint au lit pendant plusieurs semaines, avec fièvre.

Depuis cette époque, les poussées d'herpès préputial sont devenues plus étendues sans toutefois jamais dépasser la ligne médiane ; les vésicules plus volumineuses et plus confluentes déterminent des sensations plus pénibles, s'ulcèrent souvent, et ne guérissent que lentement, malgré les plus grands soins d'antisepsie.

Chaque fois que les éruptions herpétiques s'ulcèrent et deviennent très douloureuses, le malade voit apparaître dans la région antérieure de la cuisse gauche une plaque douloureuse qui persiste tant que l'ulcération du prépuce n'est pas guérie, généralement pendant 7 ou 8 jours.

Cette plaque n'existe jamais pendant la période d'éruption de l'herpès ; elle n'apparaît qu'avec l'ulcération.

La douleur est généralement provoquée tout d'abord par le frottement du pantalon ou des objets contenus dans la poche. Le malade éprouve la sensation d'un contact sur une surface dénudée de son épiderme. Puis la douleur devient persistante comme à la suite de l'application d'un vésicatoire ; dans l'immobilité elle s'atténue, mais chaque mouvement amène une recrudescence ; la station est aussi douloureuse, ainsi que le décubitus horizontal ; la position assise ou le décubitus, les membres inférieurs fléchis, amène un soulagement. La douleur s'accroît par la répétition des mouvements. Pendant une vingtaine de pas, elle est tolérable, puis tout à coup elle s'exaspère avec des sensations de piqure, et la marche devient impossible. Cette douleur paraît prédominer au niveau de l'angle inférieur du triangle de Scarpa, mais elle s'étend jusqu'au milieu de la cuisse. La pression profonde avec le doigt ne provoque pas de douleurs, mais le frôlement répété est insupportable.

La région douloureuse est le siège d'une diminution considérable de la sensibilité au contact. On peut limiter une plaque qui commence en haut sur une ligne parallèle au pli de l'aîne, à deux centimètres au-dessous de lui et longue de 12 centimètres, et qui s'étend en bas en se rétrécissant légèrement sur une longueur de 23 centimètres. Le pincement est moins pénible que du côté opposé ou sur les régions voisines, mais le frôlement superficiel répété provoque la douleur. Les corps chauds et froids déterminent une sensation moins nette que du côté opposé ou dans les régions circonvoisines. La sensibilité électrique est normale.

Le malade accuse une sensation étrange quand il est au repos ; il la compare à celle que pourrait donner une région dont la peau aurait été raccornie par la chaleur ; de temps en temps, sans cause apparente, il a une sensation de chatouillement uniforme sur toute l'étendue de la plaque.

Quand la cicatrisation de l'herpès commence à se faire, la mèralgie disparaît pendant la nuit ; le malade n'a jamais assisté à la dégradation des phénomènes. L'accès terminé, il n'existe aucun trouble de la sensibilité dans la région et on ne trouve aucune trace de troubles névropathiques.

L'état des réflexes et des fonctions organiques, et des organes des sens, a été examiné à plusieurs reprises depuis 2 ans, aussi bien que pendant les accès que pendant les intervalles, sans rien révéler d'anormal.

Il s'agit d'un homme de haute taille, vigoureux, qui ne présente d'autre anomalie notable qu'une inversion antérieure de l'épididyme à gauche et du même côté une demi-zone horizontale d'ichthyose passant au-dessus de la crête iliaque.

OBS. 84 (INGELTRANS, Lille, février 1898). — M. X..., négociant, 54 ans, vigoureux et bien portant, de tempérament arthritique, se plaint d'éprouver depuis deux mois, à la région externe de la cuisse droite, des sensations anormales. Il n'y a rien d'autre à noter dans son état de santé qu'une légère attaque de goutte survenue il y a deux ans, et qui n'est plus reparue à la suite d'une hygiène convenable.

M. X... est obligé, pour ses affaires, de rester plus souvent debout et de marcher davantage depuis 4 mois. Ce renseignement étiologique paraît insuffisant pour expliquer ce qui se passe :

À partir de la Toussaint environ, le tégument des deux tiers inféro-externes de la cuisse droite lui semble n'être plus le même qu'avant, en même temps qu'une sensation de froid subjective existe à ce niveau. C'est là tout : ni la marche, ni le repos n'influencent cette paresthésie persistante et toujours localisée au même endroit. Quand on lui demande d'indiquer les limites exactes entre lesquelles existe cette sensation, il la fait partir de quelques travers de doigt en dessous du grand trochanter jusqu'au condyle externe du fémur, et de la ligne médiane de la cuisse en avant jusqu'au tendon du biceps en arrière.

La vue montre la peau tout à fait normale dans ce territoire ; pas d'amyotrophie. Rien qui rappelle la névralgie sciatique.

Le contact est beaucoup moins bien perçu que partout ailleurs : il éveille aussi une sensation différente non déterminable. La sensibilité thermique est affaiblie ; par contre, la sensibilité à la piqure, au pincement, est manifestement exagérée. Ces perversions se passent dans les limites sus-indiquées et nulle part en dehors de la zone du fémoro-cutané.

M. X... sent le frottement du pantalon contre la peau ; mais d'une manière bizarre et qui attire son attention : sa cuisse lui paraît « froide et morte » en cet endroit.

La pression du fémoro-cutané au niveau de l'échancrure innommée n'est pas douloureuse.

Pas de maladie générale ; ni sucre, ni albumine. Les choses restent en état, sans amélioration et sans aggravation.

Nous avons recueilli les deux observations suivantes à la clinique Charcot, à la Salpêtrière.

OBS. 85 (inédite). — M. X..., officier. Chute de cheval pendant qu'il était à St-Cyr, suivie d'une perte de connaissance de une ou deux heures, sans accident consécutif. Syphilis à 20 ans, soignée régulièrement pendant 5 ans.

Il y a 18 mois, vers juillet 1897, il ressent de la fatigue dans le jarret gauche, de la gêne de certains mouvements, une sensation de serrement. Puis cette gêne a gagné la face externe de la cuisse, et est passée sur l'autre jambe. Il peut cependant supporter les grandes marches, mais au bout de quelque temps, il a une sensation de contraction,

d'engourdissement très pénible ; les jambes deviennent raides et il ne peut plus avancer qu'à petits pas.

Les phénomènes douloureux varient beaucoup d'un jour à l'autre, avec les changements de température.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité au tact et à la piqure ; la sensibilité au froid et à la chaleur est plus faible sur la cuisse gauche que sur la droite.

La force musculaire est conservée ; il n'y a pas d'atrophies.

On trouve à gauche le signe de Lasègue. Pas de troubles de la sensibilité dans les régions sacrée et anale.

En janvier 1898, éruption cutanée « de grosses cloques ? » dans la région lombaire.

Obs. 86 (Clinique Charcot, inédite). — Il s'agit d'un malade qui vient consulter pour des douleurs qu'il ressent dans les deux cuisses.

Il y a 10 mois environ, il a eu des névralgies intercostales et du zona, qui a persisté pendant deux ou trois mois. Ethylique. A été soigné pour une sciatique. Pas de syphilis. Très nerveux.

Il ressent dans la cuisse droite et surtout dans la cuisse gauche un engourdissement continu, et de temps à autre des picotements et des fourmillements.

Il a de l'hypoesthésie surtout marquée dans la partie antéro-externe de la cuisse droite.

Inégalité pupillaire énorme. Forts tremblements de la langue et des mains. Sujet aux vertiges.

Obs. 87 (Lop, *Presse méd.*, 1899). — Homme de 30 ans, vigoureux, teint coloré, exerçant la profession de capitaine au long cours.

Pas d'alcoolisme ni de syphilis. Biliéuse hématurique au Dahomey en 1893 ; fièvre typhoïde à Madagascar en 1894.

Depuis un an, M. X... s'est aperçu que la moindre fatigue déterminait de vives douleurs, comparables à des coups de canif, survenant par accès (six à huit dans les 24 heures), dans le tiers inférieur de la cuisse droite.

Ces crises douloureuses revenaient quelquefois spontanément sans cause appréciable. Mais c'est en général après être resté plusieurs heures sur le pont qu'apparaissaient ces douleurs qui, d'après la description faite par le malade, sont en tous points comparables aux douleurs fulgurantes du tabes.

Jusqu'à ces derniers temps, ces accès douloureux avaient été assez courts, et jamais il n'avait été forcé de s'aliter.

La dernière crise a été des plus pénibles. Après une traversée mouvementée, pendant laquelle M. X... était resté 40 heures debout sur la passerelle, les douleurs, dès le début, eurent un caractère d'acuité telle qu'elles arrachaient des cris au malade, pourtant courageux. Pen-

dant les six jours consécutifs qu'a duré le voyage, les souffrances ont persisté avec une tenacité inouïe, frappant le membre d'incapacité fonctionnelle totale et troublant l'appétit et le sommeil. C'est pendant cette crise que le malade s'est aperçu que la moitié de sa cuisse était insensible à la piqûre, alors que le simple contact des draps exaspérait les douleurs.

Quand je vis le malade, la marche était possible, les souffrances étant moins vives, mais à l'aide d'un tuteur, et elle exaspérait les douleurs.

La peau du tiers inférieur de la cuisse était rouge, violacée, chaude, raidie ; il était impossible d'y faire un pli. Il semblait au malade que cette partie de membre était recouverte de carton dur.

Le tiers inférieur de la face antérieure de la cuisse, jusqu'à un centimètre au-dessus de la rotule, et la face externe de la même région jusqu'au grand trochanter étaient insensibles aux diverses sensations ; par contre, hyperesthésie tactile. Réflexes intacts.

Traitement. — Pulvérisation de chlorure d'éthyle, alternant avec les badigeons d'essence de Wintergreen. Légère amélioration.

Revu le 28 décembre : Toujours gêne à la marche, et sensation de plaque de carton faisant gouttière. Troubles de la sensibilité objective identiques.

Nous devons l'observation suivante à l'obligeance de M. le Dr CLAISSE :

Obs. 88 (inédite). — Mme X., âgée de 45 ans, est atteinte depuis de longues années d'un fibrome développé sur le côté gauche de l'utérus, qui a occasionné d'importantes métrorrhagies, et qui a pris peu à peu un développement assez considérable pour rendre la marche presque impossible.

Depuis trois ans environ, elle présente en outre des troubles variés qui sont sous la dépendance d'une maladie de Basedow. Actuellement, le goitre est manifeste ; le tremblement et la tachycardie sont accentués ; l'exophtalmie est peu marquée.

La malade vient nous demander conseil pour un nouveau symptôme qu'elle attribue à la maladie de Basedow : elle éprouve à la cuisse gauche une sensation de fourmillement et d'engourdissement presque continuelle avec paroxysmes douloureux.

En l'examinant, nous constatons une anesthésie superficielle en raquette dans la sphère du fémoro-cutané, et nous apprenons que les douleurs ont toujours lieu à ce niveau. Il s'agit d'une meralgie parasthésique, que l'on est en droit d'attribuer à une compression du tronc nerveux par le fibrome utérin.

Obs. 89 (Souques, *Revue de Neurologie*). — Berthe L., indemne de toute tare pathologique, a exercé le métier de demoiselle de magasin de 14 à 20 ans, métier qui l'obligeait à rester debout depuis 8 heures du

matin jusqu'à 8 heures du soir. Se trouvant trop fatiguée, elle se fit domestique. Elle perdit au change, car sa nouvelle profession l'obligea à rester debout 14 heures par jour. Aussi, bientôt après, en juin 1890, à la suite d'un surcroît de fatigue, elle éprouva, dans la cuisse gauche, au niveau de la région trochantérienne, des frémissements et des agacements, dans la station debout, qui s'atténuaient par la station assise, et disparaissaient dans le décubitus horizontal. Elle ne s'en préoccupa pas autrement. 15 jours après ce début insidieux, elle fut prise un jour au même niveau, d'une douleur très vive qui l'empêcha de marcher. Elle continua cependant son service en se reposant de temps en temps sur une chaise. La station assise la calmait, en effet, mais la douleur reparaisait dès qu'elle se mettait debout. Pendant une quinzaine de jours la douleur fut si vive qu'elle se trouva mal plusieurs fois. On lui fit des piqûres de morphine, c'est ainsi qu'elle constata que la peau de la région péri-trochantérienne était anesthésique.

Depuis cette époque, les phénomènes douloureux se sont atténués. Ils ont même disparu pendant les mois de septembre, octobre et novembre ; cette disparition coïncide avec un séjour à la campagne, durant lequel notre malade put se reposer, en faisant faire sa besogne par des camarades. Mais depuis novembre, les troubles ont reparu, quotidiens, survenant dès le lever pour ne cesser qu'au coucher, avec des paroxysmes plus ou moins fréquents et plus ou moins intenses suivant les jours ; ils sont provoqués plus par la station debout que par la marche. C'est d'abord une sorte de frémissement douloureux qui part de la région rétro-trochantérienne pour se propager en ligne droite vers le triangle de Scarpa. Bientôt cette sensation pénible se transforme en une véritable brûlure qui dépasse la zone précédente en haut et en bas, allant de l'arcade de Fallope à la partie moyenne de la cuisse ; cette sensation de brûlure s'accompagne de douleurs térébrantes extrêmement vives.

Chaque paroxysme dure de 10 à 15 minutes, rend toute marche impossible, oblige la malade à s'asseoir ou à se coucher. La station assise calme, et le décubitus supprime la douleur, qui reparait dès que la malade se remet debout, de telle sorte que les accès s'imbriquent et que la douleur devient permanente.

En dehors des paroxysmes, la paresthésie persiste, même durant la nuit. Dans la région trochantérienne, la peau, dit la malade, est « morte, comme gelée ».

Cette situation intolérable (endolorissement continu avec paroxysmes répétés pendant toute la journée) a résisté aux méthodes thérapeutiques habituelles : électricité, pointes de feu, chlorure de méthyle, salicylate de méthyle, etc.

C'est dans ces conditions que cette jeune fille est venue à la consultation de la Charité, le 27 avril dernier.

A l'examen direct, je n'ai trouvé qu'une plaque d'anesthésie pour

toutes les sensations, grande comme la paume de la main, et située en avant de la région trochantérienne gauche ; cette plaque était entourée d'une zone d'hypoesthésie très accusée, qui s'étendait en avant jusqu'à la ligne médiane de la face antérieure de la cuisse, en arrière jusqu'à quatre travers de doigt du sillon interfessier, en haut jusqu'à mi-cuisse. La malade présentait en outre quelques varicosités superficielles discrètes, plus marquées au membre inférieur gauche.

J'en aurai fini, en ajoutant qu'il s'agit d'une jeune fille très bien portante, d'aspect vigoureux, bien réglée, qui n'a jamais été malade, qui ne présente en un mot aucun trouble viscéral ou général appréciable.

En présence de ces douleurs vives et continues, troublant la profession et même le caractère de cette jeune fille, j'ai prié mon ami M. Mauclaire de pratiquer la résection du nerf fémoro-cutané. Cette opération a été faite le 20 mai. M. Mauclaire a fait la résection du nerf, au niveau et au-dessous de l'arcade de Fallope, sur une longueur de 2 centimètres après avoir assez fortement attiré le nerf en bas. Dix jours après, la malade pouvait se lever. Depuis le 27 mai elle se lève toute la journée, aide les infirmières, repasse plusieurs heures, sans éprouver la moindre douleur. Seule l'anesthésie a persisté ; elle s'est même agrandie ; son domaine occupe aujourd'hui tout le domaine du nerf fémoro-cutané, et cette anesthésie est complète. Mais la guérison des phénomènes douloureux ne laisse rien à désirer et notre malade va pouvoir reprendre son métier. L'avenir dira si cette guérison est permanente ou transitoire (V. au Traitement).

Nous devons l'observation suivante à l'obligeance de M. le Dr SOUQUES.

OBS. 90 (inédite). — D. ., 34 ans, employé de commerce, est venu à la consultation de la Charité, au mois d'octobre 1899.

Il s'agit d'un homme qui est indemne de toute tare pathologique héréditaire ou acquise. Le début apparent de la maladie actuelle remonte à un mois environ ; il est survenu à la suite d'une marche exagérée et s'est fait sous la forme d'une sensation de brûlure au niveau de la région antéro-externe de la cuisse droite. Depuis lors sont survenues des crises douloureuses nombreuses, provoquées par la station debout ou par la marche, calmées ou supprimées par le repos et le décubitus horizontal. Ces crises surviennent plusieurs fois par jour et ne durent que quelques instants. Parfois elles se prolongent et alors la douleur devient très vive, intolérable, et rend la marche impossible. La douleur occupe un siège précis, une topographie que le malade dessine exactement, au niveau de la partie antéro-externe de la cuisse depuis le genou jusqu'au milieu de la cuisse, sous la forme d'un ovale à grand diamètre vertical. Dans l'intervalle des paroxysmes, cet homme ressent des fourmillements dans cette région et de l'engourdissement ; il lui semble que la peau est gelée en ce point.

Actuellement, on constate, à ce niveau, une légère hypoesthésie qui dépasse, en haut particulièrement, les limites de la paresthésie.

La cause de la méralgie est assez difficile à préciser. Le malade porte bien quelques dilatations variqueuses aux membres inférieurs, mais elles sont peu accusées. Peut-être faudrait-il incriminer un traumatisme antérieur : il y a un an, il a fait de la hauteur de un mètre une chute sur le rebord d'une table ; il est aussi tombé sur les reins et a éprouvé à la suite une douleur qui persiste encore au niveau de la région lombaire. Pendant les quinze premiers jours, cette douleur a été très vive, puis elle s'est calmée sans toutefois jamais disparaître. On la retrouve très nettement aujourd'hui : elle est permanente et se propage suivant le trajet des nerfs abdomino-génitaux du côté droit, quelquefois même des deux côtés droit et gauche. Il est fort possible que le nerf fémoro-cutané ait été atteint directement ou indirectement par le traumatisme et qu'en conséquence soit survenue une névrite de ce nerf, qui se manifeste actuellement par des crises névralgiques.

Jusqu'ici la douleur a résisté à la thérapeutique employée habituellement dans les cas de ce genre. La résection nous semble inutile chez ce malade, il faudrait en effet aller réséquer le nerf très haut, au niveau de son émergence, car il est probable que c'est en ce point qu'il a été lésé.

M. le D^r CHIPAULT a eu l'amabilité de nous communiquer les quatre observations suivantes, encore inédites. Nous attirerons plus particulièrement l'attention sur les deux premières, dans lesquelles il a eu recours, comme thérapeutique, à l'intervention chirurgicale.

OBS. 91. — Mme D..., sans profession, 51 ans, vient me trouver en mars 1899 pour une boiterie douloureuse du membre inférieur droit, qui va en s'aggravant et qui la rend actuellement à peu près impotente. Cette boiterie a été jusqu'à présent diagnostiquée rhumatisme déformant à son début.

La malade me raconta qu'elle avait eu autrefois des attaques de rhumatisme aigu qui avaient voyagé d'une articulation à l'autre. Elle avait eu deux enfants, morts depuis. Depuis 5 ou 6 ans, elle vivait seule dans une situation tout à fait précaire, dans la demi-misère. Les douleurs de la cuisse avaient débuté à la suite d'un effort fait pour éviter une chute, en descendant d'omnibus il y avait environ deux ans. Elles étaient restées simples, sans boiterie, revenant par crises lors de la marche jusqu'au début de 1899 où l'impotence s'accrut de plus en plus.

Voici quel était, lorsque je la vis, l'état de la malade :

Etat général assez satisfaisant ; embonpoint ; rien du côté des poulx ni de l'abdomen. Assise depuis un certain temps, la malade ne souffre pas, mais, dès qu'elle marche, survient à la partie antéro-externe de la cuisse une sensation d'engourdissement avec fourmille-

ments, qui s'exagère de plus en plus et s'accompagne bientôt d'une boiterie caractérisée par l'immobilisation en légère flexion de tout le membre inférieur, qu'elle déplace avec le bassin en s'aidant d'une béquille et d'une canne. Obligée de faire ses commissions malgré ces douleurs, la malade en conservant cette attitude et en souffrant peut continuer à marcher.

Dès qu'elle s'arrête, le membre reprend son attitude et sa souplesse normale et les douleurs s'éteignent sur place, en deux ou trois minutes. La malade me délimite leur territoire habituel qui correspond nettement au territoire du fémoro-cutané. Il y a du reste sur ce territoire une hypoesthésie très nette, à tous les modes. La souplesse de la hanche est parfaite. Les réflexes sont normaux. Pas de varices.

Hésitant sur le diagnostic, je fis faire une radiographie, dont le résultat fut absolument négatif.

C'est alors seulement que je m'arrêtai au diagnostic de meralgie paresthésique. Etant donné l'excès de douleur qu'elle accusait et l'impossibilité pour la malade de suivre un traitement médical prolongé, je proposai la résection du nerf, qui fut faite sans aucune difficulté, le 12 mars, au niveau de l'échancrure innommée. Aucun incident opératoire ; réunion par première intention.

Le fragment du nerf enlevé, long de quatre centimètres, était d'aspect tout à fait normal.

Pendant le temps que la malade se soumit, à la suite de l'intervention, à un repos relatif, il y eut un mieux marqué, mais dès qu'elle reprit ses occupations, la récidive se fit : la seule modification réelle était que la zone d'hypoesthésie s'était transformée en zone d'anesthésie, du reste d'étendue très variable d'un point à l'autre, et que les fourmillements, au lieu d'occuper tout le territoire du fémoro-cutané, *s'espaçaient en couronne* à la périphérie de ce territoire, empiétant de trois centimètres environ sur la zone anesthésique, et de un centimètre sur les régions à sensibilité normale. Mais la gêne et la boiterie qu'ils entraînaient étaient exactement les mêmes qu'autrefois.

Je croyais donc à un insuccès, lorsque fin avril, la malade vint me voir et me dire que depuis quelques jours elle allait beaucoup mieux. Elle ne boitait presque plus et n'avait plus de fourmillements que le soir en se couchant ; la zone d'anesthésie s'était réduite à une plaque, large comme la paume de la main, située à la partie antéro-externe de la cuisse, à deux travers de doigt au-dessous et trois travers de doigt en avant du grand trochanter.

Je l'ai revue depuis à plusieurs reprises en mai, puis septembre : elle paraît complètement guérie. Elle a quitté sa canne et sa béquille, ne boite plus, et a seulement souffert à deux ou trois reprises « les jours où le temps était à l'orage ».

OBS. 92 (inérite) (communiquée également par M. le Dr CHIPAULT). — D..., horticulteur, 36 ans, venu me trouver en juillet 1899, pour des symptômes siégeant à la cuisse droite.

Le malade est rhumatisant et variqueux. Il a eu autrefois des symptômes de sciatique gauche qui ont cédé à des séances de flexion forcée à l'aide de l'appareil que j'ai fait construire avec M. Gilles de la Tourette.

Les nouvelles douleurs durent depuis deux mois ; elles siègent nettement sur le territoire du fémoro-cutané où la peau est comme engourdie, et légèrement hypoesthésiée. Elles n'existent pas au repos, mais se montrent dès que le malade se met à bêcher. Au début, un quart d'heure se passait avant qu'elles ne commencent : actuellement, les premiers coups de bêche les réveillent. Le malade doit se contenter des petits ouvrages, de ratissage, échenillage, et a été obligé de prendre un garçon. Aussi est-il décidé à tout, de suite.

Il n'y a pas de modification du réflexe rotulien, aucun symptôme de tabes. Le malade nie la syphilis.

Je lui propose la résection du fémoro-cutané, qui est pratiquée le 12 juillet. Elle a été beaucoup plus difficile que dans mon cas déjà opéré à cause de l'hémorrhagie qui fut assez abondante. *Le nerf est volumineux, parcouru de veinosités*, qui se remplissent de sang lorsque la cuisse est fléchie et se vident lorsqu'elle est étendue par l'aide. Je me demande un moment, en présence de cette similitude d'aspect du nerf et du sciatique chez certains variqueux, si je ne vais pas pratiquer le hersage du nerf, mais étant données la petitesse et l'insignifiance fonctionnelle du fémoro-cutané, je me décide pour sa résection qui me paraît plus sûre. J'enlève 6 centimètres du nerf. Suture.

Réunion par première intention. Le nerf enlevé n'a pas été examiné histologiquement, mais je ne doute point, par son aspect macroscopique, que les lésions eussent été les mêmes que celles constatées par M. Quénu sur les nerfs des variqueux. Le résultat thérapeutique a paru complet jusqu'au moment où le malade se leva ; il y avait sur le territoire du fémoro-cutané une plaque d'anesthésie nette. Puis lorsque le malade reprend ses travaux, fin juillet, il y eut à nouveau des crises moins fortes qu'autrefois, mais indiscutables. Pendant ces crises, *les douleurs se disposaient manifestement en couronne* à la périphérie du territoire du fémoro-cutané comme chez ma première opérée. C'est le malade lui-même qui a attiré mon attention sur cette particularité ; cette récurrence dura encore un mois ; elle passa par une acmé et s'éteignit peu à peu ; depuis la fin d'août, le malade ne souffre plus ; il lui semble seulement parfois, lorsqu'il a bêché pendant plusieurs heures, « qu'on lui tire par en bas la peau à la partie antérieure de la cuisse ». La plaque anesthésiée a gardé ses dimensions antérieures.

OBS. 93 (*id.*) (inéдите). — M. H... officier. Syphilis remontant à 20 ans ; bien soignée ; depuis longtemps sans symptômes. Paludisme. Depuis deux ou trois ans, symptômes de meralgie du côté de la cuisse droite, exaspérés par la marche, par la station debout, et revenant par crises de quelques semaines sans cause appréciable.

Rien du côté des réflexes ni des pupilles : aucun symptôme d'affection du système nerveux central.

La névralgie est stationnaire et ne tend pas à s'aggraver. Le traitement spécifique, fait consciencieusement à plusieurs reprises, n'a eu aucune influence sur elle.

Obs. 94 (*id.*) (inédite). — M. D..., ingénieur russe, âgé de 38 ans, n'a jamais eu d'autre maladie que la syphilis, à 19 ans. L'accident du début a été une écorchure du frein, diagnostiquée chancre par M. Fournier, qui la constata à un moment où il y avait une légère roséole. Traitement mercuriel pendant un an, par iodure à plusieurs reprises.

Le malade se plaint que, depuis deux ou trois ans surtout, sa santé générale est mauvaise ; il a des douleurs dans les reins, des maux de tête ; il se plaint d'une grande sensation de lassitude. Pendant ce temps le traitement ioduré a été suivi presque sans interruption, le malade mettant son affaiblissement sur le compte de la syphilis, et s'en inquiétant à l'excès.

Cet état d'abattement a des hauts et des bas ; il y a une aggravation très nette pendant les froids.

C'est au cours de la période d'aggravation qui a coïncidé avec l'automne de 1898, que l'attention du malade s'est portée pour la première fois sur des douleurs intermittentes avec sensation d'engourdissement siégeant à la partie antéro-externe de la cuisse droite ; il déclare qu'elles ont débuté à la suite d'une promenade en voiture pendant laquelle il a porté sur cette cuisse un paquet assez lourd ; depuis elles ont persisté avec des intermittences ; pendant l'été elles ont été moins intenses ; il y a depuis quelques semaines, coïncidant avec les premiers froids, une recrudescence marquée.

Voici en quelques mots l'état actuel : à l'état de repos, il y a seulement à la région antéro-externe de la cuisse, une sensation d'engourdissement peu pénible, accompagnée d'élancements dont l'intensité varie, d'un jour à l'autre, sans motifs appréciables.

La seule cause qui paraisse avoir une influence constante sur les douleurs, c'est la marche un peu prolongée ; au bout d'un quart d'heure environ elle s'accompagne d'une série de décharges douloureuses suivies d'une sensation de chaleur intense ; si le malade s'arrête, le calme se rétablit peu à peu ; s'il continue à marcher, au bout de 3 ou 4 minutes, une nouvelle crise de décharges douloureuses se produit, puis, chaque fois que le malade pose le pied droit à terre, s'exaspère au point qu'il est, cette fois, obligé de s'arrêter. Il prend alors sa jambe au niveau du mollet, et la soulève en fléchissant la cuisse : pendant cette manœuvre, il évite avec le plus grand soin de toucher la partie antéro-externe de la cuisse, dont le contact provoque, dit-il, une sensation de fourmillement absolument intolérable.

J'ai examiné la sensibilité plusieurs fois à l'état de calme ; je n'ai

trouvé aucune modification ; un autre examen pratiqué environ une demi-heure après une crise, m'a fait délimiter une plaque d'hypoesthésie occupant très nettement le territoire du fémoro-cutané.

Pas de troubles des réflexes ; pas de modifications pupillaires. **Aucune** trace d'affection nerveuse.

Pas de varices.

L'an dernier, le traitement mercuriel n'a rien fait ; cet été le séjour à la campagne, avec un traitement phosphaté, a coïncidé avec l'amélioration signalée : aujourd'hui ne sachant plus que faire, j'ai proposé, au malade la résection du nerf, qu'il n'a pas acceptée.

CONCLUSIONS

La mèralgie parsthésique, ou névralgie du fémoro-cutané, étudiée pour la première fois par Bernhardt et par Roth, en 1895, est localisée exactement dans le territoire innervé par ce nerf, c'est-à-dire à la partie antéro-externe de la cuisse.

Elle a pour *symptômes principaux* :

1° Une *engourdissement* spécial : la parsthésie.

2° Une *anesthésie*, subjective et objective, siégeant dans la même zone, et s'étendant ordinairement à tous les modes de de la sensibilité, à des degrés divers.

3° Une *douleur* comparée le plus souvent à des piqûres d'aiguille ou à une brûlure, apparaissant à l'occasion de la marche ou de la station debout, *le membre inférieur en extension*, disparaissant ou s'atténuant par le repos assis ou le décubitus horizontal, *le membre inférieur en flexion*.

Ses causes peuvent être divisées en *prédisposantes* et *déterminantes*. Parmi les premières : l'âge, le sexe, la profession. Parmi les secondes, les unes sont d'origine externe : ce sont le traumatisme, la compression, le froid, les autres d'origine interne : les maladies infectieuses, et plus spécialement la syphilis, les influences toxiques et plus spécialement l'alcool, les dyscrasies et plus spécialement l'arthritisme.

Comme *pathogénie*, Roth a invoqué des troubles veineux de congestion autour du fémoro-cutané et sa compression possible, Devic son irritation ; Dopter a joint à l'influence congestive admise par Roth un état de tension possible du nerf pouvant en déterminer le tiraillement. Shaw fait de la mèralgie le résultat d'une intoxication quelconque ; pour Bernhardt c'est une névrite infectieuse ou toxique.

Nous pensons que chacune de ces théories est vraie appliquée à certains cas, mais que l'on doit les admettre toutes, et faire de la mèralgie une *névrite ordinaire*, se localisant spécialement sur le fémoro-cutané, mais *relevant des causes banales des névrites en général*, causes secondées et renforcées par la « superficialité » du nerf et par son exposition aux traumatismes et au froid, et que nous venons d'énumérer en parlant de l'étiologie.

La *marche* de la maladie est habituellement graduelle, rarement rapide, sans règle absolue toutefois. Elle peut disparaître spontanément ; le plus souvent elle ne fait que s'atténuer, même sous l'influence du traitement médical. En tout cas son *pronostic* est en général *bénin*.

Le *diagnostic* est à faire surtout : avec la névralgie scrofulaire, avec la claudication intermittente, les pseudo-mèralgies, le tabes, l'hystérie.

Le *traitement* employé sera *d'abord médical*, et comprendra le traitement *local* : massages, frictions, électricité, etc., l'hygiène, et le traitement *général*, s'il y a lieu : syphilis, alcoolisme, arthritisme. Si les douleurs s'atténuent, le malade pourra s'en tenir là. Si au contraire elles s'aggravent et rendent le travail impossible, il faudra proposer le *traitement chirurgical*, et parmi les moyens à employer, choisir la *résection du nerf*, qui, faite en *trois circonstances*, a donné *trois succès*.

Vu :

Le Président de la thèse,
A. JOFFROY.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Baccelli.** — Meralgia parestetica e tabe dorsale. *Riv. di patol. nerv.*, Firenze, 1897, II, p. 116-125.
- Beduschi (V.).** — La meralgia parestetica ; contributo allo studio delle claudicazioni nevropatiche. *Tribuna medica*, Milano, septembre 1896, II, p. 96-98.
- Bellot.** — Nouvelle observation de paresthésie du nerf fémoro-cutané. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 10 septembre 1895, p. 683.
- Benda (Th.).** — Zur Parästhesie der Hautnerven am Oberschenkel. *Neurol. Centralblatt*, Leipzig, mars 1897, XVI, 256-259.
- Bernhardt.** — Sur les paresthésies localisées dans le domaine du nerf fémoro-cutané externe. *Revue neurologique*, 30 novembre 1895, p. 642.
- Ueber isolirt im Gebiete des N. cutaneus femoris externus vorkommende Parästhesien. *Neurol. Centralblatt*, Leipzig, 15 mars 1895, XIV, 242-244.
- Claisse (P.).** — Mèralgie paresthésique (Névrite du fémoro-cutané). *Gaz. des hôp.*, Paris, 1898, LXXI, 1377-1379.
- Mèralgie paresthésique (Névrite du fémoro-cutané). *Bull. et mém. Soc. méd. d. hôp. de Paris*, Paris, 22 décembre 1898, n° 38, 3^e série, XV, 901-906.
- Claus.** — Meralgia paræsthetica. *Med. Weekbl. Amst.*, 14 décembre 1895, II, 499-501.
- Cora (A.).** — La meralgia parestetica o claudicazione intermittente del Roth. *Gazz. d. osp.*, Milano, 30 octobre 1898, XIX, p. 1369.
- Destot.** — Mèralgie paresthésique. *Lyon méd.*, 8 septembre 1895, LXXX, p. 57.
- Dethlefsen (P.).** — Meralgia paræsthetica. *Ugesk. f. Laeger Kpobent*, octobre 1896, 5. R ; III, 985-988.
- Devic.** — De la paresthésie du fémoro-cutané externe (paresthésie de Bernhardt, meralgie de Roth). *Prov. méd.* Lyon, 29 juin 1885, LX, 301-304.
- Donath (J.).** — Ein Fall von Bernhardt Roth'schen Parästhesie (Paræsthesia in cutan. femor. extern.). *Wien. med. Woch.*, 19 juin 1897, XLVII, p. 1142-1145.
- Dopter (C.).** — Des troubles de sensibilité dans la zone du nerf fémoro-cutané. Th. de doctorat, Lyon, 27 novembre 1896.

- Des troubles de sensibilité de la zone du nerf fémoro-cutané (mèralgie parasthésique de Roth). *Gaz. hebdomadaire de médecine*. Paris, 1897, n. s. II, 553-556.
- Escat (E.)**. — Un cas de meralgie parasthésique de Roth (parasthésie du fémoro-cutané externe). *Rev. neurol.*, Paris, 30 octobre 1895, III, n° 20, 577-582.
- Féré (C.)**. — Note sur un cas de meralgie réflexe. *Méd. mod.* Paris, 22 janvier 1898, IX, 49-51.
- Freud Sigm.** — Ueber die Bernhardt'schen sensibilitätsstörung am Oberschenkel. *Neurol. Centralblatt*, juin 1895, p. 491.
- Good.** — Ein Fall von Bernhardt'schen sensibilitätsstörung am Oberschenkel. *Neurol. Centralblatt*, Leipzig, 1898, XVII, p. 57-59.
- Haskovec (L.)**. — Meralgia paræsthetica. *Lek. rozhledy*; Praha, 1899, VII, 1-11.
- Hirsch.** — Paræsthesia of the external cutaneous nerve. *Journal of nerv. and mental diseases*, mars 1896, p. 193.
- Horwath.** — Ueber Parasthesie des nervus cut. fem. lat. *Wien. med. Wochenschr.*, 30 septembre 1899, n° 40, p. 1834-8.
- Ingelrans.** — Un nouveau cas de meralgie parasthésique. *Echo méd. du Nord*. Lille, 6 février 1898, II, 63-65.
- Joncheray.** — A propos de meralgie parasthésique du nerf fémoro-cutané externe (maladie de Roth ou de Bernhardt). *Arch. méd. d'Angers*, 20 novembre 1898, n° 11, II, 514-518.
- Knauer.** — Beitrag zur Meralgia paræsthetica. *Centralblatt f. Nervenh. u. Psychiat.* Coblenz et Leipz., juin 1896 ; n. F, VII, 297-300.
- Koster (G.)**. — Ein Beitrag zur Kenntniss der Bernhardt'schen sensibilitätsstörung am Oberschenkel. *Neurol. Centralblatt*. Leipzig, mars 1897, XVI, 252-256.
- Lop (P. A.)**. — Meralgie parasthésique (névrite du fémoro-cutané). *Presse méd.* Paris, 1^{er} mars 1899, I, p. 101.
- Lucas-Championnière (P.)**. — De la parasthésie du fémoro-cutané externe (parasthésie de Bernhardt, meralgie de Roth). *Journ. de méd. et de chirur. prat.*, 25 juillet 1895, p. 529.
- Von Luzenberger (A.)**. — Beitrag zur Oetiology der Bernhardt'schen sensibilitätsstörung am Oberschenkel. *Neurol. Centralblatt*. Leipzig, 1896, XV, p. 1026.
- Moebius.** — *Schmidt's Jahrb.*, 1895, B. 247, H. 1, p. 29.
- Nacke (P.)**. — Intorno ad alcuni punti della teoria di Bernhardt sulla parastesia della coscia. *Revista quindicinale di psicologia, psych. e neuropatologia*, 1897, fasc. 8.
- Nœcke (P.)**. — Beitrag zur den isolirt auftretenden parästhesien im Gebiete des n. cutaneus femoris externus. *Neurol. Centralblatt*. Leipzig, 1895, XIV, p. 338.
- Osler.** — On certain unusual forms of paræsthetic meralgia. *Journal of nerv. and ment. diseases*. New-York, mars 1897, XXIV, 131-137.

- Pieraccini (G.).** — La meralgia parestetica o claudicazione intermittente del Roth. *Settimana medica d. sperimentale*. Firenze, 1^{er} août 1896, L, 371-374.
- Poirier.** — *Anatomie humaine*, tome III, fascicule III : Nerfs périphériques. Paris, 1899.
- Roth (W. K.).** — Meralgia paræsthetica. *Med. obozr.* Moscou, avril 1895 ; XL, III, 678-688.
- Roth (W. K.).** — *Meralgia paræsthetica*. Berlin, S. Karger ; avril 1895 ; 8^o 24 p.
- Sabrazès et Cabannes.** — Méralgie parsthésique. *Revue de médecine*. Paris, 10 novembre 1897, XVII, n^o 11, p. 854-887.
- Shaw (J. C.).** — Paræsthesia of the external femoralregion. *New-York med. Journal*, 3 février 1897, LXV, p. 203.
- Souques.** — Un cas de méralgie parsthésique traité par la résection du nerf fémoro-cutané. *Revue neurologique*, 30 juillet 1899, n^o 14, p. 530-532.
- Stembo (L.).** — Zur Casuistik der parasthetischen Meralgie, Bernhardt Roth'schen parasthesie. *St-Péterst. med. Woch.*, mai 1896, n. F., XIII, p. 181.
- Venturi.** — Termostsie crurale. *Riforma medica*, 18 février 1896, II, p. 460-472.
- Verhoogen.** — Sur la méralgie parsthésique de Bernhardt-Roth. *Journ. méd. de Bruzelles*, 1897, p. 185.
- Warda.** — Ein Fall von Neuritis des n. cutaneus femoris externus. *Neurol. Centralblatt*, 15 octobre 1897, p. 948.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	5
CHAPITRE I. — Anatomie.	7
CHAPITRE II. — Etude de la maladie	9
§ 1. — Définition. Historique.	9
§ 2. — Symptomatologie.	10
§ 3. — Etiologie	21
§ 4. — Pathogénie	25
§ 5. — Marche. Durée. Pronostic	30
§ 6. — Diagnostic.	31
§ 7. — Traitement	33
OBSERVATIONS.	39
CONCLUSIONS	92
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	95

Imp. J. THEVENOT, Saint-Dizier (Hte-Marne)
